Rok LI. Kraków, dnia 14. grudnia 1912. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przyczynek do kazuistyki zakrzepów żylnych i następczych zakażeń mieszanych ogólnych jako powikłań duru brzusznego.

Podał

Dr W. Puławski (Radziejów, gub. Warszawska).

W ciągu lat 1910 i 1911 miałem sposobność spostrzegać kilkanaście przypadków duru brzusznego zarówno w samej osadzie, a właściwie w jej częściach położonych niżej, jak i w najbliższej okolicy. Przebiegały one wogóle typowo, dość lekko, lub średnio ciężko, bez powikłań, z zejściem pomyślnem — oprócz dwóch, których opis stanowić będzie właśnie treść niniejszej pracy. Zjawienie się tej, niewielkiej zresztą, miejscowej epidemii duru przy braku wogóle innych chorób zakaźnych, przypisuję temu, że lata te były nadzwyczaj suche, wskutek czego nieliczne sadzawki i studnie wyschły, a znajdujące się trzy wiercone (artezyjskie) studnie w osadzie zaledwie mogły wystarczyć na potrzeby ludności. Użycie wody na potrzeby wewnętrzne z resztek pozostałych sadzawek i wyschłych studzien, jak przypuszczam, było powodem zachorzeń na dur, których ofiarą padło dwóch chorych. Niezwykły przebieg kliniczny dwóch tych przypadków, spostrzeganych przezemnie systematycznie od pierwszego ich wybuchu wspólnie z innymi kolegami, wobec nadzwyczaj wyraźnych, nie dających wątpliwości, klinicznych objawów chorobowych, zniewolił mnie do ogłoszenia ich w tem przekonaniu, że pomimo braku danych sekcyjnych, rozstrzygających zwykle wraz z badaniem bakteryologicznem krwi o istotnych przyczynach objawów chorobowych, występujących za życia, są one ciekawe i pouczają, ile niebezpiecznych niespodzianek może ukrywać w sobie każdy, choćby w początkach napozór lekki przypadek danego szeregu chorobowego, jak w tym razie, duru brzusznego.

Przypadek I.

Typhus abdominalis. Septicaemia secundaria e causa hepatitidis ichorosae (Abscessus hepatis?).

W dniu 7. VIII. 10. wezwany zostałem do chorego w osadzie Radziejów, I. K., lat 49, handlującego ptactwem i jajami na eksport zagranicę. Przy badaniu w dniu tym znalazłem, co następuje: K. leży w łóżku już dziewiąty dzień; przedtem prawie przez cały tydzień czuł niedomaganie ogólne, łamanie po całem ciele, pobolewanie głowy, dreszczyki, niestrawność, odbijanie, bóle i łamanie w krzyżu i w nogach. Wszystkie te objawy przypisywał początkowo zmęczeniu się wyjazdami z ptactwem, przyczem źle i nieregularnie odżywiał się, jadł przeważnie zimne potrawy, pił dużo wody surowej różnego pochodzenia i podejrzanej czystości; nieraz też jadąc w nocy, nadedniem przeziąbł niezgorzej. Brał na przeczyszczenie kilkakrotnie, zażywał chininę, brał na poty, zachowując dyetę, wszystko to jednak przynosiło tylko chwilową ulgę. Nakoniec w dniu 29. VII. położył się do łóżka, wziął jeszcze raz na przeczyszczenie (kalomel, olej rącznikowy), poczem zażywał chininę i aspirynę naprzemian, doznając ulgi czasowej. W dniu 7. VIII. osłabienie zwiększyło się, wystąpiły silniejsze bóle głowy, krzyża, kończyn i okolicy prawego podżebrza, skutkiem czego zasięgnął mojej porady. Przy badaniu fizycznem znalazłem, co następuje: K., dobrze mi osobiście znany, wzrostu nizkiego, dobrze i prawidłowo zbudowany, średnio odżywiony, jest zupełnie przytomny i dokładnie opisuje przebieg swej choroby od samego początku. Barwa skóry nieco bladawa, zresztą prawidłowa, bez żółtaczkowego odcienia; tkanka tłuszczowa podskórna wszędzie w ilości miernej. Ciepłota 37·8°; tętno 84 na minutę, słabo napełnione, dość miękkie; w ciągu ostatnich dni bywają kilkakrotnie na dobę niebolesne, płynne, grochówkowate wypróżnienia, nieco cuchnące. Moczu oddaje niewiele, o barwie araku; ciężar właściwy 1022, bez białka i cukru; obecność barwników żółciowych w dużej ilości (próba Gmelina), odczyn dwuazowy Ehrlicha dodatni; osad moczu zawiera małą ilość śluzu i dużo kryształów soli moczanowych; przy ogrzewaniu osad rozpuszcza się.

Język mocno obłożony szarawo-białym, podsychającym, grubym nalotem; na zębach, dziąsłach i na wierzchu nalotu językowego widać warstwę cienkiego, ciemnoszarego, lepkiego, błoniastego nalotu (fuligo); błony śluzowe jamy ustnej i gardła niezaczerwienione, nieco zaszlamione, gruczoły szyjne i okołoszczękowe nie powiększone, ani stwardniałe; wogóle niema żadnych śladów jakichkolwiek dawniejszych chorób. Zarówno w dzieciństwie, jak i w wieku późniejszym, na żadną z chorób poważniejszych nie chorował; napojów wyskokowych prawie wcale nie używał; papierosy palił w bardzo umiarkowanej ilości. Żonaty jest powtórnie od lat sześciu; z pierwszej żony, która umarła na gorączkę połogową, pozostało ośmioro zdrowych dzieci; z drugą żoną ma syna lat pięciu.

Narząd oddechowy: Oddech 22 na minutę, prawidłowy, niebolesny; rozszerzalność obu połów klatki piersiowej zupełnie równa; przy głębokim wdechu granice płuc obniżają się na szerokość około 3 ctm. Przy opukiwaniu płuc nigdzie niema stłumienia; osłuchiwanie wykazuje dość rzadkie rzężenia oskrzelowe i grubopęcherzykowe. Proporcyonalność prawidłowa w czasie trwania wdechu i wyde-

chu zachowana. Dźwięk głosu czysty; drżenie głosowe klatki piersiowej wszędzie zachowane i na symetrycznych punktach obu połów klatki piersiowej zupełnie jednakowe. Kaszel rzadki, suchy, krótki, urywany, częściej pokaszliwanie.

Narząd krążenia: Wymiary serca niepowiększone, tony serca czyste, rytmiczne, nieco przytłumione. Tętno 84 na minutę, słabo napełnione, miękkie; stwardnienia tętnic nigdzie nie dostrzega się.

Narząd trawienia: Stan języka, ust, gardła i stolców, patrz wyżej. Brzuch wogóle miernie wzdęty; w prawej okolicy biodrowej wyraźne i głośne przelewanie się i burczenie przy ucisku; ta okolica, zarówno jak i dołek i prawe podżebrze, cokolwiek bolesne przy ucisku. Wątroba nieco powiększona, wyczuwalna na szerokość przeszło dwóch palców poniżej łuku żebrowego. Śledziona znacznie powiększona i stwardniała, wyczuwalna na szerokość trzech palców poniżej łuku żebrowego lewego; górne jej granice określić trudno wobec wzdęcia brzucha, stłumienie jednak odgłosu opukowego słyszy się jeszcze przy górnym brzegu ósmego żebra.

Narząd nerwowy: Przytomność zupełnie zachowana; chory pamięta wszystkie szczegóły swej choroby; bezsenność lub sen z częstemi przerwami bezsennych widziadeł. Odruchy wszędzie zachowane i prawidłowe; źrenice równe, oddziałują na światło prędko i prawidłowo. Wzrok prawidłowy, słuch nieco przytępiony, co chory przypisuje zażyciu kilku proszków chininy.

Powierzchnia skóry: Barwa skóry nieco bladawa, bez żółtaczkowego odcienia; nigdzie niema plam ani wysypki. Żona chorego wspomina, że przed kilku dniami zjawiły się na powierzchni brzucha, piersi i tułowia plamki, jakby od ukąszenia pcheł; miały one być różnej wielkości i znikły po dwóch dniach (różyczka?)

Przebieg choroby. Bardzo szczegółowe zapiski, jakie posiadam z przebiegu choroby, zwłaszcza że mieszkającego o kilka domów odemnie chorego mogłem odwiedzać dowolnie często, pozwalają mi odtworzyć cały przebieg choroby i podać krzywą ciepłoty (patrz Tablicę I.), nader ciekawą i charakterystyczną.

W czasie od dnia 8. VIII. do dnia 20. VIII. stan był ciągle jednakowy; tętno 80 do 100 na minutę, miękkie, łatwo uciskalne, mało napełnione; ciepłota o nieprawidłowych wahaniach, pod wpływem pyrenolu i aspiryny; stolce płynne, grochówkowate. W dniu 12. VIII. rzekomo bez powodu wystąpił ból neuralgiczny bardzo silny w splocie barkowym prawym, tuż pod obojczykiem; ból ten pod wpływem pijawek, gorących okładów, wcierania mesotanu z chloroformem i salolu wewnętrznie, na trzeci dzień ustąpił. Na naradach wspólnych, odbytych z innymi kolegami, ustaliliśmy rozpoznanie duru brzusznego, polecając choremu stosowne leczenie z usunięciem środków przeciwgorączkowych, z uwzględnieniem natomiast kamfory, piżma.

W ciągu dnia 19. VIII. i 20. VIII. zdawała się występować pewna poprawa, gdy niespodzianie, dnia 20. VIII. (był to 22. dzień choroby) o 4. popołudniu po krótkotrwałem ziębieniu w całem ciele i uczuciu ściskania w dołku i w okolicy serca wystąpił napad bardzo silnych dreszczów wstrząsających, trwających przeszło godzinę, z następnymi obfitymi potami, trwającymi cztery godziny. Nazajutrz dnia 21. VIII. i następnego dnia 22. VIII. napady dreszczów wstrząsających powtórzyły się w postaci cokolwiek słabszej, zawsze późno wieczorem około północy, z obfitymi następczymi potami, trwającymi przez całą noc aż do rana, przy tętnie około 170 uderzeń na minutę, małem i miękkiem. Dnia 23. VIII. zrana był tylko słaby dreszcz krótkotrwały, z niewielkim potem. Przy badaniu w dniu tym na naradzie z innymi kolegami nowych objawów przedmiotowych nie znaleźliśmy, prócz nieco wzmożonej wrażliwości na ucisk okolicy prawego podżebrza, bez zmiany w wielkości i położeniu wątroby. Nigdzie niema obrzęków ani żadnych przesięków w jamie brzusznej lub opłucnej.

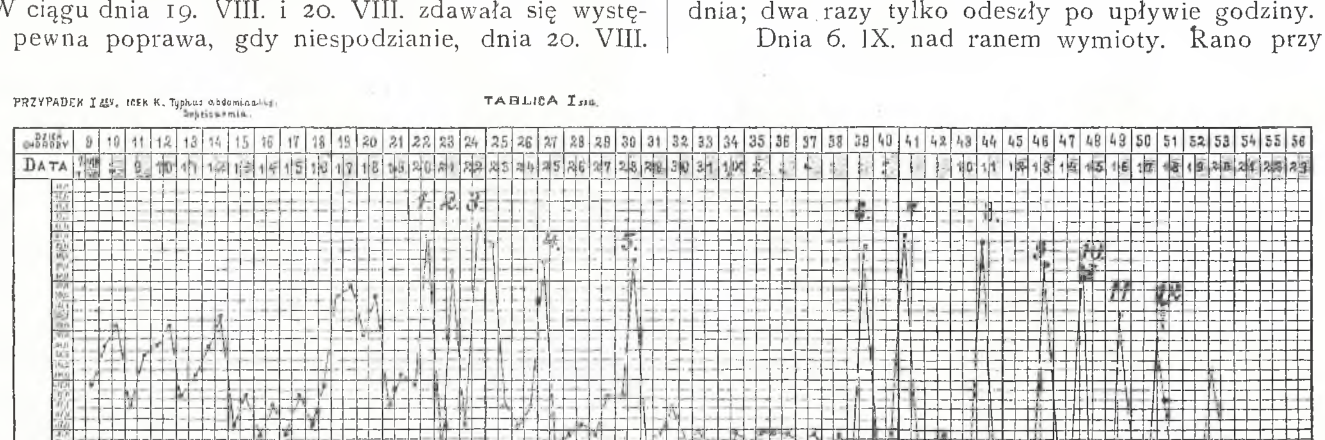
Rozpoznano powikłanie posocznicowe i zalecono codziennie lewatywy z 5% rozczynu kollargolu w ilości 60 do 80 grm; po dwu lewatywach poprawa przedmiotowa i podmiotowa.

Dnia 25. VIII. o 7. rano czwarty napad silnych dreszczów wstrząsających, trwających około pół godziny z następczymi potami w ciągu trzech godzin. Popołudniu trzecia lawatywa z kollargolu; pod wieczór stan lepszy, sen spokojny. Dnia 26. VIII. od 3. godz. rano uparta i głośna czkawka, która zaczęła słabnąć dopiero pod wieczór po zastosowaniu gorących okładów na dołek, gorących napojów oraz kropel rozczynu mentolu (1%) w spirytusie; pod wieczór czwarta lawatywa z kollargolu; uczucie poprawy. Dnia 27. VIII. zrana czkawka ustała; w ciągu dnia uczucie ściskania w piersiach i zawadzania w przełyku. Piąta lawatywa z kollargolu. Dnia 28. VIII. tętno 96, małe, miękkie; od rana kaszel suchy, męczący, przychodzący napadami. Szósta lawatywa z kollargolu. Około 12. w południe krótkie ściskanie w piersiach i omdlenie, poczem piąty napad dreszczów wstrząsających, przez pół godziny, z następczymi potami do wieczora; wieczorem ciepłota 36,5; tętno 96.

Następne osiem dni, od 29. VIII. do 5. IX, włącznie, (30—38 dzień choroby) były wolne od dreszczów wstrząsających. Stan chorego stopniowo zaczął się poprawiać; cieplota była prawie prawidłowa; tętno, nieco mocniejsze, nie przekraczało 96 na minutę; codzień lawatywa z kollargolu, przyczem siódmą i ósmą jeszcze z rozczynu 5%, następne zaś sześć z rozczynu 3%; przed każdą taką lawatywą dostawał lawatywę oczyszczającą z czystej wody ciepłej z dodatkiem bardzo małej ilości sody oczyszczonej. Lawatywy te odchodziły zawsze zabarwione ciemnogrochówkowym kałem (kał z resztkami kollargolu z dnia poprzedniego). Lawatywy kollargolowe z dodatkiem 5 kropel nalewki makowca chory zwykle zatrzymywał do drugiego dnia; dwa razy tylko odeszły po upływie godziny.

Dnia 6. IX. nad ranem wymioty. Rano przy ciepło-

PRZYPADEK I. ICEK K. Typhus abdominalis, Septicaemia. TABLICA I.



cie 36,5° i tętnie 96 uczucie podmiotowe ciężkiego osłabienia. Badanie fizyczne niewiele nowego wykrywa, lekki podmuch skurczowy przy pierwszym tonie u końca serca; tony serca wogóle nieco matowe. Brzuch lekko wzdęty; w okolicy okołokątniczej przy ucisku niewielka bolesność, przelewanie się i burczenie. Śledziona ciągle wielka, twarda, łatwo wyczuwalna; stan wątroby bez zmiany, bolesność prawego podżebrza niewielka. Barwa skóry cokolwiek żółtawa z odcieniem ziemistym; bardzo nieznaczne zżółcenie białkówki obu ócz. Wychudnienie ogólne; przytomność zachowana. Mocz ciemnoczerwony w większej nieco ilości, nasycony, ciężar właściwy 1021; osad zupełnie rozpuszczalny po zagotowaniu. Obecność barwników żółciowych w większej ilości; odczyn dwuazowy Ehrlicha dodatni, chociaż mniej silny. O godz. 11. wieczorem tegoż dnia szósty napad bardzo silnych dreszczów wstrząsających, trwających godzinę, z następczymi kilkogodzinnymi potami; wśród potów bóle brzucha i prężenie w kiszkach, poczem dwa bardzo obfite stolce, zawierające obfitą ilość śluzu, zmieszanego z płynnym, grochówkowatym kałem, pośród którego ziarenkowate galaretowate grudki z zabarwieniem żółciowem. Przy dokładniejszem badaniu okazują się one grudkami ziarnistego śluzu z ciałkami ropnemi w miernej ilości; wszystko z zabarwieniem żółciowem. D. 7. IX. przy tętnie 96, małem i miękkiem, uczucie wielkiego osłabienia, pomimo wstrzyknięć podskórnych olejku kamforowego mocniejszego, dokonywanych najmniej dwa razy dziennie.

D. 8. IX. po dokuczliwych bólach w krzyżu siódmy napad dreszczów wstrząsających, trwających godzinę, poczem obfite poty przy ciepłocie 40,8° i tętnie nitkowatem około 180 na minutę. W ciągu czterech godzin następnych czterokrotne wstrzyknięcie podskórne olejku kamforowego; dwa razy po 1,5 grm i dwa razy po 1,00 grm, czyli razem około 1,00 grm czystej kamfory. Na wspólnej naradzie z kolegami w dniu tym zaleciliśmy wcieranie dwa razy dziennie w okolicy wątroby maści Crédégo, dalej lawatywy odżywcze (150 grm mleka, jedno żółtko+cukier), przedtem wlewania z ciepłej wody z dodatkiem dwuwęglanu sody (w stosunku 0,4%); ciągłe okłady rozgrzewające na brzuch, wewnętrznie zaś ile możności więcej płynów gorących, piżmo, kozłek, kwas będźwinowy (flores benzoës); podskórnie olejek kamforowy.

D. 10. IX. W nocy suchy, męczący kaszel, przychodzący napadami; przy badaniu fizycznem płuc, ze strony prawej od tyłu ponad stłumieniem wątroby, zaczynającem się u dolnego brzegu IX. żebra, daje się zauważyć kilkucentymetrowy pas niewielkiego przytłumienia odgłosu wypukowego; przytłumienie sięga do górnego brzegu ósmego żebra. Drżenie klatki piersiowej w miejscu tem jest osłabione. Dnia 11. VIII. w nocy kaszel suchy, męczący. O godz. 11. przedpołudniem ósmy napad dreszczów wstrząsających, trwających godzinę, z następczymi obfitymi potami. Przy ciepłocie 40,6° tętno prawie zupełnie niewyczuwalne do godziny trzeciej popołudniu, odtąd po wstrzyknięciu 3,00 grm olejku kamforowego mocniejszego zaczyna się tętno stopniowo zjawiać, a wieczorem dochodzi do 120 na minutę przy wielkiem osłabieniu ogólnem, nie pozwalającem choremu mówić. Do północy wstrzyknięto podskórnie jeszcze 2 grm olejku kamforowego (0,40 czystej kamfory).

Dnia 12. IX. w nocy męczący, suchy kaszel lub pokaszliwanie; kilka obfitych płynnych wypróżnień takichsamych, jak i przedtem; po nich uczucie silnego osłabienia; popołudniu stolec obfity, płynny, burobronzowy, mało cuchnący; wieczorem tętno 120, nitkowate. Dnia 13. IX. około czwartej popołudniu dziewiąty napad dreszczów wstrząsających, trwających przeszło pół godziny, potem obfite, długie poty. Na wspólnej naradzie zalecono stosować co 2 godziny lawatywy słone (0,4%) w ilości około 200 grm naraz. Po olejku kamforowym oraz lawatywie odżywczej, ciepłota późnym wieczorem była 38,4° przy tętnie 150. Dnia 14. IX. rano kaszel znikł, senność; około północy tegoż dnia dziesiąty napad dreszczów wstrząsających, trwających około 20 minut z potami, upadkiem tętna i wysoką ciepłotą. Dnia 16. IX. senność, majaczenie, około piątej popołudniu jedenasty napad dreszczów wstrząsających w ciągu pół godziny, z następczymi objawami, jak poprzednio. W nocy z dnia 17. IX. na 18. IX. dwunasty napad dreszczów wstrząsających, trwających około 20 minut. D. 18. IX. poty do południa; w ciągu dnia kilkakrotne bóle brzucha, które po lawatywie solnej i obfitych płynnych, śluzowatych, żółciowych wypróżnieniach ustały. Wieczorem tętno 120, nitkowate; senność i ciche bredzenie. Odtąd coraz większy upadek sił przy ciągłych potach; dnia 19. IX. wieczorem lekki dreszczyk ze wzniesieniem się następnem ciepłoty do 38,2°, a potem spadkiem do 35,0° przy coraz słabszem i częstszem, ledwo wyczuwalnem tętnie. Śmierć dnia 20. IX. około 6. wieczorem; był to 53. dzień od początku choroby, której przebieg pozwoliłem sobie dość szczegółowo opisać. Na załączonej krzywej ciepłoty dwanaście napadów dreszczów wstrząsających oznaczone są liczbami porządkowemi.

Do 22. dnia choroby przebieg jej był prawie zwykły, typowy dla duru brzusznego z uwzględnieniem wpływu zażywanych środków przeciwgorączkowych na ciepłotę, oraz z tym dodatkiem, że okolica prawego podżebrza była nieco bolesna i czuła na dotyk, przy niewielkiem zresztą powiększeniu i stwardnieniu wątroby. Z chwilą, gdy w 22. dniu choroby wystąpił pierwszy dreszcz wstrząsający, okolica ta okazywała stale przytłumienie nieco powiększone i nieco większą czułość na dotyk.

Objawy takie, jak czkawka, uczucie ściskania i zawadzania w przełyku, oraz napady suchego, męczącego kaszlu wskazują na usadowienie się zapalnej sprawy chorobowej w górnej części wątroby, bliżej powierzchni, i ucisk na przeponę (respective n. phrenicus), a pośrednio w następstwie na prawą opłucnę i płuco (wysięk?). W wątrobie przypuszczam wytworzenie się ognisk ropnych lub posokowatych, które powstać mogły na tle zapalenia drobnych żył wątroby i które stanowiły punkt wyjścia do następnego ogólnego zakażenia posocznicowatego. Za taką mianowicie, a nie inną sprawą chorobową przemawia zupełny brak jakiegokolwiek obrzęku na kończynach dolnych, mosznie, prąciu, brzuchu, oraz zupełna nieobecność puchliny brzusznej, co wskazuje, że ani wielkie żyły brzuszne, ani żyła wrotna w sprawę zapalno-zakrzepową wciągnięte nie były. Niewielki odcień zabarwienia żółtaczkowego na skórze, zarówno jak i ślady żółci w śluzie wypróżnień, jakie zjawiły się w ostatnich okresach choroby, wskazują również na to, że drogi żółciowe zostały zajęte również już nieco później, następczo, być może »per contiguitatem« sprawy chorobowej, szerzącej się w naczyniach krwionośnych miąższu wątroby. Okres wtórnego zakażenia ogólnego posocznicowego rozpoczął się pierwszym dreszczem wstrząsającym 22. dnia choroby i trwał przez 31 dni; w okresie tym chory przebył dwanaście napadów wielkich dreszczów wstrząsających, z obfitymi potami i upadkiem tętna. Podziwiać należy odporność ustroju, wyniszczonego już uprzednio tygodniową chorobą zasadniczą, który tak zmagał się z zakażeniem mieszanem, jakie się wytworzyło po ogólnem zakażeniu wtórnem. Być może, że pomocą choremu ustrojowi w walce z zakażeniem były wstrzykiwania podskórne olejku kamforowego, oraz stosowanie kollargolu w lawatywach i w postaci wcierań maści Crédégo. Należało, być może, przekonać się, jakby ustrój ten oddziaływał na zastosowanie swoistych surowic leczniczych, przeciwdurowej i przeciwpaciorkowcowej, ewentualnie — przeciwgronkowcowej; zastosowanie jednak surowic tych, wobec połączonych ze sprowadzeniem ich kosztów i wobec braku badań bakteryologicznych krwi, musiało zostać poza planem leczenia, zwłaszcza, że wzywani na naradę koledzy nie byli zwolennikami seroterapii przy sprawach septycznych.

Brak danych sekcyjnych nie pozwolił na rzeczowe stwierdzenie istotnych zmian anatomopatologicznych, zaszłych w czasie choroby w ustroju, których obraz zarysował się w umyśle moim na zasadzie całego przebiegu klinicznego choroby i danych, otrzymanych na zasadzie badania fizycznego w różnych jej okresach. Brak badania bakteryologicznego krwi, oraz tkanek, zmienionych chorobowo w zajętych narządach, nie pozwala dokładnie określić charakteru zakażenia wtórnego, jakie powikłało początkowe zakażenie durowe. Wiadomo, że już lasecznik durowy Ebertha może sam przez się wywołać posocznicę (Port, Curschmann, v. Baumgarten i inni), zarówno jak i wielorakie ropienia, czysto miejscowe. Tak Curschmann (Nothnagel's Handbuch der spec. Pathologie u. Therapie B. III. Th. I.) przytacza, że jedynie tylko lasecznik durowy Ebertha znajdowano: 1) W przydurowych wysiękach ropnych opłucnych: Fernet, Kelsch, Weintraud. 2) W ogniskach ropnych kostnych przydurowych: Klemm, Orłow, Achalme, Ebermaier, Chantemesse i Widal. 3) W ropnem przydurowem zapaleniu opon mózgowych: Hintze, Stühlen, Lenhartz. 4) W ogniskach ropnych w mięśniach: Raymond, Fasthing. 5) Przy posokowatem durowem zapaleniu ucha: Destrée. 6) Przy durowem zapaleniu wola: Fawel, Hone.

Literatura polska ma znakomite prace Janowskiego i Dmochowskiego: 1) »Przyczynek do nauki o własnościach ropotwórczych lasecznika tyfusowego«. (Pamiętnik Tow. lek. warszaw. T. 89. R. 1893, str. 940) i 2) »O działaniu ropotwórczem lasecznika tyfusowego i ropieniu przy tyfusie w ogólności«. (Pam. Tow. lek. warsz. R. 1894). W tych pracach autorowie na zasadzie przeszło trzystu doświadczeń określają szczegółowo warunki, w jakich prątek durowy może wywołać ropienie i śmiertelne zatrucie ogólne sam przez się, oraz podają wyniki badań nad zakażeniami mieszanemi. Dalej J. Świeżyński (Kronika lekarska 1894) w przypadku ropnia pod mięśniem naramiennym w 7. tygodniu choroby uzyskał hodowlę prątka durowego, którego naturę dokładnie stwierdził. Następnie Wł. Janowski (Kronika lekarska 1895 Nr 5) z ropy przy ropnem zapaleniu przyusznicy, które wystąpiło w dwa do trzech miesięcy po durze brzusznym, wyhodował prątka durowego Ebertha; na sekcyi znaleziono ślady blizn po durze w jelitach.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że sprawy te wówczas są czysto krwiopochodne (haematogen), wskutek przepełnienia krwi prątkami durowymi, co zwykle następuje na szczycie choroby, a więc między trzecim a piątym tygodniem średnio ciężkiego przebiegu. O ile powikłania takie dają niekiedy, nawet częściej, pomyślniejsze rokowanie co do zejścia choroby, o tyle w razie przyłączenia się do nich drobnoustrojów swoiście ropotwórczych, paciorkowców lub gronkowców, sprawa staje się o wiele złośliwszą, najczęściej śmiertelną, zarówno przez wzmocnienie się jadowitości (Virulenzsteigerung) samych drobnoustrojów miejscowo, w miejscu zakażenia, jak i skutkiem ewentualnego zakażenia ogólnego. Jest to zakażenie wtórne, wytwarzające w ustroju typ zakażenia mieszanego (infection mixte), w którem występuje działanie t. zw. assocyacyi bakteryi, na którą pierwszy zwrócił uwagę Héricourt (Les associations bacteriennes. Révue de médecine 1887). Ścisłe badania w tym kierunku, dokonane przedtem przez wielu bakteryologów, a między innymi przez Briegera i Ehrlicha, wykazały, że ogólne zakażenia mieszane powstają najczęściej przez zakażenie wtórne, które ma ułatwioną drogę do ustroju z powodu osłabienia przez zakażenie pierwotne obronnych czynników miejscowych u wrót zakażenia oraz przez zużycie normalnych ochronnych substancyi krwi. Nie dają one jednak tak zw. »antagonistycznego« (Garré) działania jednostronnego, jakie bywa przy niektórych zakażeniach u zwierząt (Emmerich, Pawłowski, v. Baumgarten, Czaplewski, Beco, Fränckel i inni), gdzie niekiedy powstałe ogniska ropne eliminują ogniska zakażenia pierwotnego i usuwają jego bakterye lub do tego pomagają (naprz. paciorkowce, prątki Friedländera i gronkowce są typowymi antagonistami względem prątka wąglika). Na tych faktach opiera się metoda leczenia gorączek połogowych przez wywołanie sztucznego ropnia w tkance podskórnej w celu zwiększenia leukocytozy n. p. zapomocą wstrzykiwania olejku terpentynowego (Metoda Fochiera, abcès de fixation). Badania anatomopatologiczne, przeprowadzone u ludzi, dowodzą, przeciwnie, niszczącego wpływu zakażenia wtórnego i mieszanego na przebieg zakażenia zasadniczego pierwotnego; prawa antagonizmu sprowadzają się tu do zera, występuje natomiast assocyacya wzajemna lub jednostronna, potęgująca wpływ zgubny, gdyż wobec metabiotycznego współżycia drobnoustrojów potęguje się ich jadowitość wzajemna lub jednostronna. Z tem w zupełności zgadzają się wyniki, otrzymane przez bardzo liczne doświadczenia nad assocyacyą bakteryi w hodowlach sztucznych i w ustrojach zwierząt próbnych.

Garré na zasadzie swych bardzo licznych doświadczeń »in vitro« dzieli wszystkie bakterye na trzy wielkie działy: 1) bakterye symbiotyczne, żyjące zupełnie swobodnie w hodowlach mieszanych, jakby we własnych czystych; 2) bakterye metabiotyczne, czyniące podłoże podatnem dla łatwiejszego rozwoju innych bakteryi albo przez pochłanianie i przeróbkę szkodliwych dla nich substancyi, albo też przez wytwarzanie lub wydzielanie produktów, sprzyjających rozwojowi współżyciowców, i 3) b. antagonistyczne. Doświadczenia »in vivo«, zarówno na zwierzętach, jak i na ludziach, jakie w różnych czasach wykonali: Roux i Yersin, Barbier, v. Schreider, Hilbert, v. Dungern i inni, dowiodły, że ziarenkowce ropotwórcze wzmagają jadowitość lasecznika błonicy Löfflera i odwrotnie. Tegosamego dowiedli Baumgarten i Pawłowski co do gruźlicy z jednej, a gronkowców i paciorkowców ropnych z drugiej strony.

Na zasadzie więc dowiedzionego prawa assocyacyi bakteryi, a mianowicie ich metabiozy, spotykamy zupełną analogię przy durze brzusznym (Curschmann, Lenhartz, P. v. Baumgarten, F. Port i inni). O ile sam prątek durowy nie wywołał ropienia miejscowego lub posocznicy ogólnej, co jest możliwem, jak to już wspominałem, to wtórne zakażenie, choćby miejscowe, jakiemikolwiek mikrobami ropotwórczymi może być powodem zakażenia mieszanego. Sprawę tę u nas poruszył pierwszy M. Jakowski (»Tyfus brzuszny. Liczne ropnie podskórne w okresie wyzdrowienia«. Gaz. lek. 1883, oraz: »O przyczynie zapaleń ropnych po tyfusie« Gaz. lek. 1887); w przypadku drugim w czyrakach koło odleżyny na krzyżu Jakowski znalazł wśród ropy mikroby, które po zbadaniu drobnowidowem i hodowlanem okazały się gronkowcami ropnymi. Czyraki więc były wyrazem zakażenia wtórnego drobnoustrojami ropnymi, co zostało wogóle poraz pierwszy wykazane przez Dunina, który napisał głośne w swoim czasie u nas i zagranicą prace: 1) O przyczynie zapaleń ropnych i zakrzepów żył w przebiegu tyfusu brzusznego (Gazeta lek. 1885, Nra 13 i 14). 2) Jeszcze parę uwag o zakażeniu wtórnem przy tyfusie brzusznym (Gazeta lek. 1886 Nr 11). (Obydwie te prace były drukowane po niemiecku (Deutsches Archiv für klinische Medicin 1886, Bd. 39. H. 3 i 4), które to źródło cytuje Curschmann (Nothnagel's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie Tom III. cz I. str. 157). 3) »Kilka słów o t. zw. zakażeniu mieszanem« Referat w sekcyi wewnętrznej VI. Zjazdu lek. i przyr. pols. w Krakowie, (Gaz. lek. 1891, str. 786). Dalej pisali o tem również Korczyński i Gluziński: »Przyczynek do zakażenia mieszanego w durze brzusznym« (Nowiny Lekarskie 1892 Nr 1).

Wszyscy klinicyści zgadzają się na jedno, mianowicie, że klinicznie zakażenie mieszane może przejawiać się: ciężkimi objawami mózgowymi, bardzo wysoką ciepłotą, niekiedy żółtaczką lub wybroczynami w skórze lub narządach wewnętrznych, dreszczami wstrząsającymi jednorazowymi lub powtarzającymi się, objawami ostrego zapalenia wsierdzia (podmuch skurczowy przy pierwszym tonie u końca serca); wreszcie mikroskopowe badanie krwi wykaże zwięk-

szoną leukocytozę, gdy tymczasem zakażenie durowe czyste cechuje się zmniejszeniem leukocytozy. Samo przez się rozumie się, że niezawsze cały ten zespół objawów klinicznych zjawia się jednocześnie, kombinacye poszczególnych objawów są nieskończenie liczne, zależnie od zajęcia tych lub owych narządów, oraz od cech indywidualnych chorego ustroju. Podstawowym punktem wyjścia czyli wrotami wtórnego zakażenia mogą być wszelkie ropienia w ustroju, a więc ropiejąca odleżyna lub czyraki na skórze, ropne zapalenie gruczołu przyusznego, ropne zapalenia ucha środkowego, ropne zapalenie okostnej lub ochrząstnej; dalej ropienie wrzodów jelitowych, osobliwie gdy już zaczynają się pokrywać strupami (Dunin l. c., Senger, cytowany przez Dunina); niekiedy powodem do wtórnego zakażenia może być wznowienie się starego, przygasłego oddawna zapalenia wsierdzia, na które chory niegdyś cierpiał. Cechą charakterystyczną dla zakażeń mieszanych przy durze brzusznym, często spotykaną na sekcyach, jest niewielka ilość stosunkowo małych owrzodzeń w jelitach lub bliznowatych śladów, po nich pozostałych (Dunin, Senger, Curschmann, F. Port, Ebstein i wielu innych). Z tego powodu nawet W. Ebstein wypowiedział zdanie (Deut. Archiv f. klin. Med. Bd. 88), że niewspółmierność bardzo ciężkich ogólnych objawów za życia w stosunku do małej ilości niewielkich owrzodzeń swoistych przy durze brzusznym, stwierdzonych na sekcyi, zależy od zakażenia mieszanego, które temsamem staje się fatalnem powikłaniem ze względu na bardzo złe rokowanie. Dlatego też stwierdzenie zakażenia mieszanego jest rzeczą niezmiernej wagi dla właściwego rokowania, a może być osiągnięte przez bardzo ścisłe badanie bakteryologiczne krwi. Baumgarten proponuje w tym celu (Lehrbuch der pathogenen Bakterien, Leipzig 1911) oprócz zastosowania metody Conradi-Kaysera (Gallenanreicherung), która uwydatnia obecność prątków durowych Ebertha, szkodząc rozwojowi paciorkowców i gronkowców, zastosowanie metody Schottmüllera (wylewania płyt agaru z krwią) i Castellaniego (hodowle przygotowane w bulionie). Próby dokonane nad metodą wspólnej aglutynacyi, analogicznej do próby Gruber-Widala dla prątka durowego, nie dały wyników zadowalniających (ibidem).

Nakoniec powodem i punktem wyjścia zakażenia wtórnego przy durze brzusznym mogą się stać ropnie wątroby lub sprawy zapalne posokowate w jej miąższu i naczyniach. Powikłanie to przy durze brzusznym jest zjawiskiem rzadkiem. Romberg (Berlin. klin. Wochenschr. 1890) zebrał 19 takich przypadków i jest tego zdania, że najczęściej powodem ich są ropiejące owrzodzenia jelitowe, lecz również mogą one być spowodowane przerzutami z innych ognisk ropnych, o jakich wyżej wspomniałem, a także z ropnego zapalenia przykątniczego (Romberg — w jednym przypadku). Port (Getynga) w jednym przypadku ropnia wątroby w durze wyhodował z ropy lasecznika okrężnicy, ze krwi zaś prątki okrężnicy i durowe, czyli właśnie ropień ten był punktem wyjścia dla wtórnego zakażenia ogólnego resp. mieszanego.

Venema i Grünberg (Berl. klinische Wochenschr. 1907) opisali siedem przypadków ropni wątroby, ściśle zbadanych bakteryologicznie: 1) W trzech z nich znaleziono tylko prątki durowe, czyli powstały one jako swoiste zapalenia przerzutowe, potwierdzając raz jeszcze fakt, że prątek durowy Ebertha może się stać ropotwórczym; w jednym z tych przypadków wywiady wskazywały na uraz wątroby, poprzedzający chorobę. 2) W jednym przypadku wyhodowano czystą hodowlę gronkowca złocistego. 3) Nakoniec w trzech pozostałych przypadkach prócz prątka durowego Ebertha wyhodowano i ziarenkowce ropne, mianowicie 2 razy gronkowce i raz ziarenkowce nieokreślonego charakteru. — Petruschky (Zeitschrift f. Hygiene 1902) znalazł wszędzie w ustroju po śmierci, i w ropniu wątroby, prątki okrężnicy, przyczem było tylko jedno owrzodzenie durowe w jelitach, natomiast za życia wyhodował ze krwi tylko prątki Ebertha. Stadelmann w jednym przypadku wyhodował za życia ze krwi prątki durowe i prątki okrężnicy, a ze zwłok, wobec bardzo małych i nielicznych owrzodzeń jelitowych, wyhodował ze śledziony prątki okrężnicy, a z żółci i ropnia wątroby prątki durowe. Bardzo różne kombinacye bakteryologiczne spostrzegali i opisali: Vincent, Wassermann, Thiemich, Carter, Busquet, Lemierre, Jochmann, Castellani, Lenhartz, Warmiński, Lüdke, Reiner, Müller, v. Hösslin i inni.

Że drogi żółciowe i cały układ krwionośny żyły wrotnej podlega nieraz wraz z całą wątrobą ciężkiemu zajęciu, na to wskauje Wł. Janowski w pracy swej: »Przypadek duru brzusznego z niezwykle ciężkiem zajęciem wątroby i dróg żółciowych«. (Gazeta Lekarska 1911 Nr 1). W przypadku tym, zakończonym pomyślnie, nie było zakażenia mieszanego pomimo nadzwyczaj ciężkich objawów ze strony wątroby, dróg żółciowych, a potem i nerek; nie było również nigdzie miejscowego ropienia, to też Janowski wskazuje na szczególną złośliwość zarazka (prątka durowego), który zaatakował wątrobę i drogi żółciowe prawie zaraz od początku choroby.

Przypadek drugi, do którego opisu obecnie przystąpię, jest biegunowo przeciwny, przebieg jego kliniczny zupełnie niepodobny, a jest ciekawy dla zupełnie innych powodów.

Przypadek II.

Typhus abdominalis. Septicopyaemia secundaria e causa thrombophlebitidis ichorosae venae iliacae communis sinistrae.

Dnia 12. VII. 11. zostałem wezwany do mieszkającego w osadzie synka mieszczanina-rolnika, G., chłopca 9-letniego, chorego już dziewiąty dzień. Chłopiec w końcu maja, w bardzo ciepłym dniu, wykąpał się w małej sadzaweczce, tuż pod miastem, w wodzie brudnej naciekowej, zawierającej wiele gnijących substancyi organicznych; po kąpieli pod wieczór, gdy już powietrze znacznie ochłodło, pojechał na trzęsącym wózku w pole, strząsł się i przeziąbł. Przez pięć dni następnych był nieswój i bez humoru. D. 4. VI. od rana dostał bólu głowy, pod wieczór wystąpiły lekkie objawy gorączki, rozłamanie ogólne, wskutek czego dostał na przeczyszczenie, po którem wzięto go na ścisłą dyetę; przez dwa dni następne było mu lepiej. Dnia 7. VI. zjawiły się znów dreszczyki, ból głowy, gorączka i ogólne niedomaganie, co trwało ze stopniowem pogorszeniem do dnia 12. VI., w którym to dniu zawezwano mnie do chorego dziecka. Przy badaniu w dniu tym znalazłem, co następuje: Chory dobrej budowy i dobrze odżywiony, nieco wogóle blady przy wypiekach na twarzy; usta spękane, na zębach lepki, szary, sadzowaty nalot; język mocno obłożony, pokryty takimże nalotem (fuligo). Ciepłota 39·4; tętno 120 na minutę, dość pełne, łatwo uciskalne. Przytomność zupełna, aczkolwiek w rozmowie z nim daje się zauważyć pewna tępość i namyślanie się w odpowiedziach; chory uskarża się na słabość ogólną, ból głowy i łamanie w kościach. Na ciele nigdzie nie widać wysypki; gardło czyste, blade. Brzuch lekko wzdęty, w okolicy kątnicy przelewanie się i burczenie przy ucisku, mocniejsze naciskanie sprawia uczucie nieznacznego bólu. Okolica wątroby niebolesna, wątroba niepowiększona, ani nie stwardniała; śledziona znacznie powiększona, wyczuwalna na szerokość trzech palców poniżej lewego łuku żebrowego, ku górze stłumienie jej sięga do górnego brzegu ósmego żebra. Wypróżnienia kilkakrotne na dzień, płynne, grochówkowate, cuchnące. Oddech prawidłowy, około 20 na minutę, szmery pęcherzykowe, gdzieniegdzie rozsiane rzężenia gruboośkrzelowe, niezbyt wydatne. Drżenie klatki piersiowej wszędzie jednakowe, niezmienione. Stępienia odgłosu opukowego nigdzie niema. Stłumienie sercowe prawidłowe; tony serca czyste, bez szmerów. Obrzęków nigdzie niema; ruchy kończyn czynne i bierne — swobodne, bez żadnych bólów i przeszkód. Mocz skąpy, nasycony, ciemnoczerwony, ciężar właściwy 1020;

białka ani cukru nie zawiera; odczyn dwuazowy Ehrlicha dodatni. Osad, tworzący się przy dłuższem staniu, przy zagotowaniu rozpuszcza się w zupełności; składa się z moczanów.

Dnia 18. VI. wystąpił poraz pierwszy ból w udzie lewem, mniej więcej w dolnej trzeciej części, bliżej kolana. Miejsce to przy dotykaniu bolesne, zarówno z przodu, jak i z tyłu uda; przy prostowaniu nogi doznaje chory tępego bólu w głębi mięśni uda. Był to już pietnasty dzień choroby, a według objaśnienia rodziców chłopiec przy zbytkowaniu na podwórzu, na jakieś kilka dni przed ową fatalną kąpielą, uderzył się o wózek, przyczem ból był niewielki; na drugi dzień o całem zajściu zapomniano, pozostał tylko niewielki siniec, który znikł po kilku dniach bez żadnej interwencyi.

Dnia 23. VI. Wobec tętna 120 na minutę, na wspólnej naradzie odstawiliśmy środki przeciwgorączkowe, które dotąd podawano (pyrenol, chinina, aspiryna); zaleciliśmy kamforę, piżmo i kozłek. Noga lewa w udzie stale boli, zwłaszcza przy poruszeniach; pędzlowania jodyną i smarowanie chloroformem z olejkiem szalejowym i mesotanem przynoszą krótkotrwałą ulgę. Daje się zauważyć niewielki obrzęk całej wogóle lewej nogi. Na języku, stale mocno obłożonym, oraz na dziąsłach zjawiły się pleśniawki, przeciwko którym zastosowano pędzlowanie rozczynem (1%) azotanu srebra. U otworów nosowych nadżerki i spękanie, wargi spieczone i popękane, pomimo częstego smarowania waseliną. Wątroba znacznie powiększona i stwardniała, łatwo wyczuwalna na szerokość trzech palców poniżej łuku żebrowego prawego; na linii środkowej sięga prawie do pępka, przy dotykaniu niebolesna. Śledziona stale ogromnie powiększona i stwardniała; w okolicy kątnicy przy ucisku przelewanie się i burczenie przy nieznacznej bolesności.

Dnia 27. VI. tętno 120, oddech przyspieszony do 32 na minutę, powierzchowny; kaszel suchy, krótki, urywany, bolesny. Z tyłu pod łopatkami z obu stron przytłumienie odgłosu opukowego; oddech zaostrzony, oskrzelowy; trzeszczenia; drżenie klatki piersiowej w miejscach tych wydatnie wzmożone (Pneumonia hypostatica utriusque pulmonis lobi inferioris). Noga stale bolesna, zwłaszcza przy dotykaniu i próbach ruchów biernych lub czynnych, wyprostowanie niemożebne; chory leży z nogą skurczoną w kolanie i odwróconą na zewnątrz. Obrzęk powiększył się znacznie od stopy aż do grzebienia kości biodrowej. Mocz bez białka, o cechach wyżej opisanych.

Dnia 2. VII. Język czyściejszy, pleśniawki znikły; oddech 20 na minutę, prawidłowy; tętno 112, nieco mocniejsze. Kaszlu niema; w płucach objawy zapalne ustąpiły. Całe lewe biodro, udo i goleń obrzękłe. bolesne przy dotykaniu i nieruchome; moszna i prącie lekko obrzękłe, w okolicy krzyżowej niewielka odleżyna. Zjawił się ból w okolicy prawego ramienia z przodu; miejsce to cokolwiek spuchnięte, bolesne przy dotykaniu i przy ruchach ręką.

D. 6. VII. Tętno 120, małe, miękkie. Odleżyna w okolicy krzyżowej powiększyła się i jest bardzo bolesna, pomimo zastosowania środków leczniczych i zapobiegawczych. Cała lewa noga, zacząwszy od palców aż ku krzyżowi, a z przodu część dolna brzucha nad lewą pachwiną coraz więcej obrzękłe; tożsamo moszna i prącie. Kaszlu niema, brzuch nieco mniej wzdęty, w okolicy kątnicy przelewania się i burczenie mniejsze, przy ucisku bolesności prawie nie ma. Wątroba cokolwiek mniejsza, niebolesna; śledziona ciągle jeszcze silnie powiększona i stwardniała. Stolce od kilku dni raz dziennie prawie prawidłowe, sformowane. Moczu więcej i jest on nieco jaśniejszy, bez białka. Ponieważ od dwóch dni zjawił się lekki podmuch skurczowy przy pierwszym tonie u końca serca, dostaje chory nalewkę konwaliową po osiem kropel trzy razy dziennie.

Dnia 12. VII. Tętno 120. Podmuch skurczowy u końca serca znikł. Obrzęki na lewej nodze, biodrze, brzuchu, mosznie stopniowo zwiększają się; zjawiają się niekiedy przechodnie dokuczliwe bóle w nodze, biodrze i dolnej lewej części brzucha. Na prawem ramieniu obrzęk powiększył się; zjawiło się zaczerwienienie, sprawiające wrażenie, jakby miejsce to miało zropieć, gdyż w głębi pod mięśniami uczuwa się niekiedy jakby chełbotanie. Podobne obrzęki, jak na prawem ramieniu, zjawiły się na paluchu i średnim palcu ręki prawej i na paluszku ręki lewej, ograniczając się do oddzielnych członków każdego palca. Mocz zawiera 0,05‰ białka (według uczulonego Essbacha). Zresztą zjawia się pewna chęć do jadła; chory śpi nieźle, o ile pozwalają mu bóle w miejscach obrzękłych. W ustach i na języku znów wystąpiły pleśniawki, przeciwko którym zastosowano pędzlowanie rozczynem nadmanganianu potasu.

Dnia 18. VII. Tętno 124, osłabienie ogólne coraz widoczniejsze; podmuch skurczowy u końca serca znów zjawia się przejściowo. Zjawiły się miejscowe ograniczone obrzęki: na lewem ramieniu, na kilku palcach lewej ręki, na prawym łokciu i prawie na wszystkich palcach prawej ręki, niektóre z tych obrzęków czerwienią się na wierzchu i sprawiają wrażenie jakby chełbotania głęboko pod mięśniami. Poprzednie obrzęki ograniczone na różnych punktach kończyn górnych nieco zmniejszyły się pod wpływem okładów z ichtyolu pod ceratką. Obrzęki rozlane na całej lewej nodze, krzyżu, boku i brzuchu zwiększają się; w okolicy lewej kości biodrowej, poniżej jej grzebienia widać wypuklenie, sprawiające niekiedy wrażenie chełbotania pod mięśniami w głębi tkanek, lecz jest to tylko przejściowe. Bolesność wielka całej obrzękłej lewej części ciała; odleżyna na krzyżu podgoiła się; pleśniawki z ust znikły. Mocz jasny, zawiera 0,25‰ białka (Essbach). Wszędzie zalecono okłady pod ceratką z płynu (1%) Burowa; w dolną część brzucha ponad lewą pachwiną i w wewnętrzną powierzchnię górnej części uda dwa razy dziennie wcierania maści Crédégo.

D. 28. VIII. Tętno 120. Obrzęki na lewej nodze doszły stopniowo do ogromnych rozmiarów, są nadzwyczaj bolesne; obrzęki na ramionach i palcach miejscami znikły, miejscami zmniejszyły się, lecz pojawiają się znów na nowych miejscach, zawsze w okolicy stawów lub wzdłuż trzonów kości oddzielnych członków palców. Na naradzie lekarskiej, odbytej dnia poprzedniego, zalecono wewnętrznie hematogen oraz kilka razy dziennie lawatywy z ciepłej wody słonej (0,4%), prócz tego kamforę i piżmo.

(Dok. nast.).

(Z pracowni farmakologicznej Uniwersytetu Lwowskiego).

Teorya hormonów i wydzielanie wewnętrzne

podał

Prof. Dr L. Popielski.

(Dokończenie).

Nie mogę nie zatrzymać się na hormonalu, który, dzięki szerokiej reklamie, dostał się do rąk lekarzy bez podania dokładnych jego fizyologicznych własności. Hormonal wyrabiają obecnie ze śledziony w postaci wyciągu wodnego; początkowo wyrabiano go z błony śluzowej odźwiernika i dwunastnicy. Obecnie nie może ulegać wątpliwości, że przetwór ten wywołuje ruch robaczkowy jelit przy bezpośredniem wprowadzaniu do krwi wskutek obniżenia ciśnienia krwi. Przy wprowadzeniu pod skórę w dotychczasowych dawkach przetwór ten bezwarunkowo nie wywiera żadnego wpływu na ruch robaczkowy jelit. Jeżeli

niektórzy autorzy widzieli podobny wpływ, to na pewno nie zależał on od hormonalu. To należy uważać za pewnik.

W większości przypadków stosowano hormonal u ludzi, już od dłuższego czasu nie mających stolca. Tacy chorzy niejednokrotnie pod wpływem zupełnie błahej przyczyny mogą mieć stolec. Dosyć jest u takiego chorego zastosować niezwykły sposób leczenia zaparcia stolca: wstrzykiwanie podskórne, aby przy zupełnie obojętnym środku otrzymać pożądany skutek. Od czasu podania przezemnie krótkiej wzmianki o hormonach, pisma lekarskie ogłosiły wiele przypadków stosowania hormonalu z groźnymi objawami, zależnymi od gwałtownego obniżenia ciśnienia krwi, wywołanego zawartą w hormonalu wazodylatyną. Obecnie potrzeba szczególnej wiary, aby w hormonalu upatrywać swoisty środek przeciwko zaparciom stolca.

Tak więc widzimy, że w wyciągach nie znajdujemy swoistego ciała, przedstawiającego wydzielinę danego gruczołu. I trudno sobie przedstawić, aby było inaczej. Jeżeli prawidłowe ukrwienie uważamy za niezbędny warunek prawidłowej czynności narządu, to w narządzie, wyciętym z ustroju, bezcelowem jest poszukiwać wydzieliny, powstającej tylko w warunkach prawidłowego odżywiania. Wydzielina nie pozostaje na miejscu, nie nagromadza się w gruczole, ale w miarę wytwarzania się przechodzi do krwi. We krwi gromadzą się wydzieliny ze wszystkich narządów, wytwarzając prawidłowy jej skład. Według mojego zdania, wydzielina nie pozostaje we krwi bez zmiany, ale przekształca się w inne nowe ciała pod wpływem już znajdujących się we krwi, albo ze krwi wytwarza nowe ciała. Tę ostatnią okoliczność należy mieć szczególnie na względzie, gdyż obecnie dobrze już wiemy, że cały szereg ciał, bezpośrednio wprowadzonych do krwi, wywołuje działanie zupełnie niewłaściwe dla nich. Tak n. p. morfina, atropina, wprowadzone do krwi, wywołują działanie we wszystkich szczegółach identyczne z działaniem wazodylatyny, a więc także i z objawami wstrząsu anafilaktycznego.

Wydzielina wszystkich gruczołów w ten lub inny sposób wytwarza prawidłowy skład krwi, niezbędny do prawidłowej czynności wszystkich narządów. Jeżeli jakiejkolwiek wydzieliny brak, nastaje nieprawidłowy skład krwi, odbijający się na czynności wszystkich narządów.

Pogląd, że pomiędzy narządami istnieje antagonizm, albo szczególne współdziałanie, nie ma za sobą dokładnie przeanalizowanych faktów. Pogląd ten jest zabytkiem szeroko w pierwszych latach XIX stulecia rozpowszechnionego poglądu o biegunowem powinowactwie, albo o biegunowem współdziałaniu dwóch ściśle określonych narządów. Żadnych danych nie ma na to, że w pewnych gruczołach wytwarzają się bodźce, podniecające do czynności prawidłowej mózg, serce, nerki, mięśnie. Do ich czynności potrzebny jest prawidłowy skład krwi, wytworzony zapomocą wydzieliny ze wszystkich narządów. Wycięcie niektórych gruczołów, jak n. p. nadnerczy, sprowadza śmierć, przyczem nie można wykryć zmian w żadnym gruczole o wydzielaniu wewnętrznem. Wycięcie tarczycy wywołuje zmiany w przysadce mózgowej, ale jednocześnie i w gruczołach płciowych.

Jeżeli rozważymy, że po wycięciu tarczycy występują wybitne zmiany w odżywianiu, wskutek których wzrost ustroju się zmniejsza, właściwie opóźnia, to niedokształt gruczołów płciowych uznać musimy za naturalne następstwo zmniejszonego wzrastania. Zmiany w przysadce mózgowej bynajmniej nie mogą wskazywać na istnienie pomiędzy nią a tarczycą jakiegoś szczególnego stosunku, a zapewne są one wyrazem zaburzeń w odżywianiu. Nie można nie zwrócić uwagi na to, że wycięcie tarczycy, grasicy i przysadki mózgowej u zwierząt młodych wywołuje objawy bardzo do siebie zbliżone: opóźnienie we wzrastaniu, nieprawidłowy rozwój tkanki podskórnej i brak dostatecznego rozwoju narządów płciowych, zupełnie zrozumiały ze względu na słabe wzrastanie ustroju.

Pomimo woli nasuwa się myśl, że wydzielina tych trzech narządów wytwarza razem we krwi jedno ciało, którego brak, nie sprowadzając bezpośrednio śmierci, stwarza tak znaczne zaburzenia w wymianie materyi, że ustrój nie rozwija się pomimo prawidłowego odżywiania. Wycięcie któregokolwiek z tych narządów wywołuje niezupełne ukształtowanie się tego ciała i w rezultacie opisane zmiany w ustroju. Wogóle ciekawą jest rzeczą zwrócić uwagę na fakt, że wycięcie wielu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem wywołuje uderzające zaburzenia w wymianie ciał bezazotowych w ustroju. Wycięcie trzustki wywołuje zaburzenia w wymianie cukru, wycięcie tarczycy, po części grasicy, przysadki mózgowej, — zaburzenia w wymianie tłuszczu. Mówiąc o przysadce mózgowej, nie mogę nie zwrócić uwagi na ważny w praktycznem znaczeniu fakt, że wyciąg z przysadki wywiera wybitny wływ na czynność ruchową macicy. Wyciąg ten znany jest pod nazwą hypofizyny, pituitryny, pituglandolu. Ponieważ wycięcie przysadki, jak to już wskazywałem, wywołuje stosownie do słabego wzrastania ustroju — zmiany w gruczołach płciowych, ich niedokształt, to może powstać myśl o swoistym wpływie wyciągu z przysadki właśnie na macicę. Należy tu zaznaczyć, że czynnem ciałem w wyciągach z przysadki jest znaleziona przezemnie wazohypertenzyna, znajdująca się w wyciągach ze wszystkich narządów ustroju.

Z przytoczonych przezemnie faktów wynikają niektóre praktyczne wnioski, w pierwszym rzędzie interesujące lekarza. Należy uważać za zupełnie pewne, że zapomocą sporządzania wyciągów z gruczołów nie możemy otrzymać czynnej swoistej wydzieliny. Wskutek tego nie możemy zastąpić braku gruczołu, albo niedostatecznej jego czynności zapomocą wyciągów z danego narządu. Fakt ten należy uważać za zupełnie pewny. Jeżeli więc jest tak, to w jakiż sposób leczyć ludzi, dotkniętych chorobą pewnego gruczołu o wydzielaniu wewnętrznem? Możnaby było zebrać wydzielinę, wypływającą razem z krwią z danego gruczołu. Zużytkowanie lecznicze takiej krwi napotyka na trudności. Wprowadzając krew do przewodu pokarmowego, poddajemy ją, a z nią i swoistą wydzielinę, trawiącemu działaniu soków trawiennych. Wskutek tego wynik leczniczy będzie problematyczny.

Jedynie pewnym sposobem, niewątpliwie wiodącym do celu, jest przeszczepianie czynnego gruczołu zwierzęcia lub człowieka (mianowicie parzystych gruczołów, dostępnych łatwo dla wycięcia). W tym kierunku powinny się rozwinąć usiłowania lekarzy. Przykładów skutecznego przeszczepiania gruczołów jest dużo. Robiono skuteczne próby przeszczepiania gruczołów przytarczycznych, tarczycy, jajników i nadnerczy. Droga ta jest bardzo trudna. Należy wejść

na nią z całem przeświadczeniem o skuteczności właśnie tej drogi dla zagrożonego życia i zdrowia człowieka. Oczywiście nasuwa się odrazu sprawa dokładnego rozpoznania choroby tego lub innego gruczołu. Niestety zupełnie pewnych oznak nie dają nam ani badania doświadczalne, ani kliniczne. Ponieważ brak wydzieliny danego gruczołu odbija się przedewszystkiem na składzie krwi, należałoby więc na badanie krwi zwrócić baczną uwagę.

Nie o wiele łatwiej możemy oryentować się w nadmiernej czynności gruczołów. W każdym razie nie beznadziejnie przedstawia się także i ta sprawa. Tutaj wszyscy stoimy przed ważną dla lekarza sprawą ulżenia cierpień choremu człowiekowi. W tym kierunku wszyscy gotowi jesteśmy ponieść największe ofiary. A przy wspólnej, wytężonej pracy wszystkich lekarzy, znacznie łatwiej osiągnąć cel.

Tutaj wysiłki każdego lekarza są cenne. Nawet spostrzeżenia skromnych pracowników, siedzących w zapadłych kątach, mają doniosłe znaczenie. Nietylko ludzie zasiadający przy stole naukowym mają głos. Ten głos mają wszyscy lekarze choćby dlatego, że roztaczają pieczę nad zdrowiem człowieka.

W sprawie działania wyciągów z przysadki mózgowej.

W sprawozdaniu poglądowem Dra Ady Markowej w tem miejseu, gdzie jest mowa o własnościach wyciągu z przysadki mózgowej (Przegląd lek. 1912, Nr 49), nie wspomniano o badaniach nad wyciągiem z przysadki, wykonanych przez Dra J. Studzińskiego, a ogłoszonych po polsku w »Przeglądzie lekarskim« 1911, Nr 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36. W pracy Dra Studzińskiego znajdujemy wiele faktów nowych.

Prof. Dr L. Popielski.

Oceny i sprawozdania.

F. Schlagintweit: **Technika rozpoznania, operacyi i postępowania z moczowodem przy gruźlicy nerek.** (Technik der Diagnose, Operation und Harnleiterbehandlung bei Nierentuberculose. 1912, str. 143, Lehman Monachium Cena 4 Mk). Autor, o nazwisku, nie obcem dla interesujących się urologią, zdaje sprawę ze swych osobistych doświadczeń i spostrzeżeń z dziedziny gruźlicy nerek i kreśli w krótkich dobitnych rysach całokształt sprawy. Własny materyał S obejmuje 108 przypadków, z tych 32 operowanych. S. jest wyraźnym zwolennikiem poglądu, że gruźlica jest schorzeniem zstępującem: nerka, moczowód, pęcherz, w razie szerzenia się sprawy z prądem moczu. Uznaje jednak możliwość szerzenia się sprawy na drodze naczyń chłonnych, narządu moczowopłciowego i podnosi, że w tych razach ustaje powyższa, już zdawało się ustalona, a tak pożądana, prawidłowość.

Trafnie i barwnie skreślone są rozdziały o symptomatologii gruźlicy nerek. S. daje cenne wskazówki o objawach, mogących lekarzowi praktycznemu nasunąć podejrzenie, że chodzi o gruźlicę nerek i spowodować wczesne odesłanie chorego do specyalisty zamiast bezowocnej walki z upartym »katarem« pęcherza. Z dziedziny metod badania zaznaczę, że S. jest zwolennikiem próby indygowej, którą stosuje w formie 10 cm^3 rozczynu 10% (!) śródmięśniowo lub śródżylnie.

Trochę nieprawdopodobnie wygląda twierdzenie, że można się cystoskopem zoryentować w pęcherzu o pojemności już 30 cm^3.

S. jest stronnikiem wczesnej ile możności nefrektomii i leczeniu zachowawczemu znaczenia nie przypisuje.

Szczegółowy opis techniki wycięcia nerki nie daje nic nowego. Uderza tylko śmiałość S., który pozostawiwszy na szypule nerki duże kleszcze tętnicze (postępowanie, znane w razie niemożności dokładnego wyosobnienia i podwiązania szypuły naczyniowej), zdejmuje je już na 2—4 dzień! Postąpił tak w 5 przypadkach z dobrym wynikiem. Można przypuścić, że wkrótce krwotok skłoni S. do pozostąwiania kleszczy w ranie znacznie dłużej.

W postępowaniu z moczowodem stwierdza S. przedewszystkiem, że zwykłe podwiązanie i obcięcie przeważnie wystarcza i że przetoki, które powstają następowo, zawsze prędzej czy później się goją, wyjątkowo tylko zmuszając do wtórnego wycięcia resztki moczowodu. Szczegółowo opisane są sposoby, dążące do leczenia pozostawianego w ustroju odcinka moczowodu po wszyciu go do rany. O potrzebie zupełnego wycięcia moczowodu razem z częścią ściany pęcherza wyraża się S. sceptycznie, zaznaczając, że jest to zabieg bardzo ciężki, a mało usprawiedliwiony, boć w pęcherzu zmiany gruźlicze przecież pozostają.

Zupełnych wyleczeń po operacyi ma S. na 32 przypadki — 8 (25%); znacznych polepszeń (bez bólów pęcherza, ale prątki w moczu) — 11; polepszeń 7, bez poprawy 2. Zmarło 4.

Doc. Dr Z. Radliński.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

Audebert: **Padaczka a ciąża** (Gyn. Rundschau Nr 18 1912). Autor opisuje przypadek ciąży u osoby cierpiącej na padaczkę, gdzie po próbach leczenia zachowawczego musiał przerwać ciążę ze względu na ciężki stan chorej. Po przerwaniu ciąży nastąpiła znaczna poprawa. A. Markowa.

Chirié: **Ciałko żółte, a wymioty niepowściągłe.** (Gyn. Rundschau 1912 Nr 19). Opisując przypadek śmierci 30-letniej kobiety w trzecim miesiącu trzeciej ciąży wskutek wymiotów niepowściągłych, przytacza autor wynik badania histologicznego części rodnych i łożyska. W ciałku żółtem, przedstawiającem obraz zmian wstecznych, znalazł Ch. torbiel. Obraz ten potwierdza według Ch. badania Potteta, który w 4 przypadkach śmierci wskutek wymiotów niepowściągłych znajdował uszkodzenie ciałka żółtego.

A. Markowa.

Nohl: **W sprawie etyologii i leczenia połogowego zapalenia sutka** (Med. Klinik 1912 Nr 46). N. jest tego zdania, że w każdem zapaleniu sutka podstawą jest zastój pokarmu i dopiero następowo dołącza się do tego zakażenie. Przy szczelinach i pęknięciach brodawki ssanie jest bolesne i to jest przyczyną złego opróżniania piersi, zastoju pokarmu, a potem dołącza się zakażenie. Zapobiegawczo powinno się więc leczyć wszelkie ranki brodawki (maść naftalanowa, anestezynowa, lapis i t. p.) ew. używać czapeczki ochronnej, a pierś regularnie opróżniać, w razie potrzeby z pomocą dzwonu Biera. Nawet gdy pierś puchnie, należy ją 2—3 razy dnia opróżnić; dziecko może ssać dalej, w przerwach zaś robimy okłady i zalecamy leżenie w łóżku. Nawet po przecięciu ropnia ograniczonego może dziecko ssać dalej. Bezwarunkowo zaś powinno dziecko ssać dalej z drugiej piersi zdrowej przez cały czas choroby jednej piersi; uniknie się przez to na pewno przeniesienia się sprawy zapalnej na stronę drugą. Zupełnie

niesłusznem jest wczesne nacinanie, nawet gdy ropy nie ma. Oczywiście gdy wykażemy ropę, trzeba zaraz nacinać. (Zapatrywania autora są zbyt optymistyczne. Obecnie nikt już nie radzi leczyć zapaleń sutka dzwonem Biera bez nacięć, bo może to doprowadzić do groźnych następstw. Także zbyt wielka ufność w leczenie zachowawcze i zwlekanie z operacyą, doprowadzić może do nader przykrych powikłań. Przypisek sprawozdawcy). K.

Koch i Klein: **W sprawie leczenia krwawiączki u kobiet** (Gyn. Rundschau 1912 Nr 16). Ponieważ przy krwawieniach z narządu rodnego na tle krwawiączki (haemophilia) zwykłe środki ściągające zawodziły, lub działały przemijająco, poczęto takim chorym wprowadzać bądź śródżylnie, bądź śródmięśniowo surowicę, zresztą rozmaitego pochodzenia (przeciwbłoniczą, prawidłową, króliczą, końską, ludzką i t. d.). W podobnym przypadku Koch i Klein wprowadzili i wstrzyknęli krew położnicy w ilości 15 cm^3 w mięśnie pośladkowe. Wynikiem było uleczenie chorej. Ten dobry wynik da się wytłomaczyć tem, że wprowadzanie surowicy czy też krwi odwłóknionej albo dostarcza ustrojowi chorej istot, których mu brak, to znaczy leukocytów i ciał, wywołujących krzepnięcie, albo samo jako takie wywołuje leukocytozę (w przypadku autorów ilość leukocytów podniosła sie z 5000 na 12.000). Nie można również odrzucić przypuszczenia, że już istniejąca leukocytoza w krwi położnicy przyczyniła się do uleczenia. Pomimo tak dodatniego wyniku autorowie podkreślają, że w żadnym przypadku nie należy zaniedbywać leczenia miejscowego środkami ściągającymi i ewentualnie tamponadą. A. Markowa.

Hofbauer: **O plastyce pochwy** (Münchn. med. Woch. 1912 Nr 46). Próby w kierunku plastyki pochwy przy zupełnym jej braku mają za podstawę wytworzenie światła w przegrodzie łącznotkankowej między pęcherzem a kiszką stolcową i wysłanie go nabłonkiem. Zwrot w metodzie tej nastąpił, gdy do wysłania światła poczęto się posługiwać jelitem. Istnieją tu dwie główne metody, zależnie od tego, czy do plastyki pochwy używa się kiszki grubej, czy jelita cienkiego. Ta druga metoda, Haeberlin-Baldwina, połączona z dużem niebezpieczeństwem dla operowanych, daje jednak dobry i trwały wynik, jak o tem świadczy przypadek, opisany przez autora. A. Markowa.

Kroemer: **O łagodzącem leczeniu raków jajnika i guzów wątpliwych pod względem anatomicznym.** (Gyn. Rundschau 1912 Nr 17). W zaniedbanych przypadkach guzów jajnika, bądź rakowatych, bądź »wątpliwych pod względem anatomicznym« (Pfannenstiel), połączonych z licznymi przerzutami i obecnością wolnego płynu w jamie otrzewnej, stosowano po laparotomii próbnej jedynie leczenie łagodzące (paliatywne). Polegało ono na usunięciu płynu, sączkowaniu jamy brzusznej, a o ile były powikłania ze strony przewodu pokarmowego, na enteroanastomozie, utworzeniu odbytu sztucznego i t. d. Autor opisuje przypadek, gdzie guzy jajników miały nie-złośliwy typ gruczolaka, a przerzuty w sieci, o charakterze raka, wywołały puchlinę brzuszną. W przypadku tym zostawił K. pierwotne guzy, zresekował sieć, która tworzyła jeden wielki guz, osączkował jamę brzuszną i chora opuściła klinikę w stanie względnie bardzo dobrym. Podobnie postąpił K. w przypadku, gdzie samorodnie nastąpiło obumarcie pierwotnych guzów jajników; wynik był również dobry. Natomiast przy torbielaku (kystoma pseudomucinosum) z przerzutami zabieg powinien być zupełnie doszczętnym. A. Markowa.

Thorn: **W sprawie gruźlicy wstępującej w narządach rodnych niewieścich** (Gyn. Rundschau Nr 16, 1912). Autor opisuje przypadek pierwotnego zakażenia ciężarnej macicy prątkami gruźliczymi. W przypadku tym, zdaniem autora, zakażenie nastąpiło przez spółkowanie, chociaż badania narządu rodnego męża chorej, chorego na gruźlicę płuc, nie wykonano. W obronie swojego poglądu, że pierwotne zakażenie gruźlicze narządu rodnego niewieściego drogą pochwy wogóle może się zdarzać, jakkolwiek dzieje się to bardzo rzadko, przytacza Th. przypadek, opisany przez Simmondsa (endometritis tuberculosa, jako pierwotna i jedyna zmiana u żony osobnika, chorego i zmarłego na gruźlicę). Co do mechanizmu tego rodzaju zakażenia istnieje cały szereg poglądów, tłómaczących wtargnięcie prątków do jamy macicy lub do jajowodów, że przytoczymy tu przypuszczany przez Junga ruch przeciwrobaczkowy macicy i jajowodów, lub przyjmowane przez Tugimurę wessanie (Ansaugung) bakteryi. Za »conditio sine qua non« zakażenia jamy macicy uważa Baumgarten powstanie w niej zastoju wydzieliny. Autor przypomina wobec tego istnienie wykazanych w przewodach śluzowych prądów wstecznych przybrzeżnych (Randstrom), który wykazał Bond co do przewodu pochwa-macica-jajowód. Temu prądowi wstecznemu i będącemu z nim w związku wstępowaniu drobnoustrojów należy w etyologii zakażenia zakończenia danego przewodu śluzowego większą przypisać rolę. Być może zaś, że do powstania takiego prądu przyczynia się rodzaj wessania (Ansaugung), które ze swojej strony zależeć może od rozmaitych okresów oddychania. A. Markowa.

Sternberg: **W sprawie rozpoznawania wiewióra u kobiet zapomocą szczepionki** (Gyn. Rundschau 1912 Nr 18). Na zasadzie doświadczenia, obejmującego 278 przypadków, twierdzi autor, że stosowanie szczepionki gonokokowej ma olbrzymią doniosłość rozpoznawczą, tem więcej, że jest łatwo dostępne zarówno dla klinicysty, jak i dla lekarza-praktyka. Że szczepionki, której 1 cm^3 zawiera 100 milionów zabitych dwoinek wiewiórowych, stosował autor 0,3 cm^3; w przypadkach, gdzie dawka ta nie wystarczała — 0,6 cm^3. Gdy jednak po tej dawce występowały silne objawy ogólne, przystępował autor do uodporniania czynnego dopiero po pewnym czasie. Leczenie wpływało dodatnio szczególniej na zrosty, ruchomość i bolesność macicy. A. Markowa.

Hörrmann: **O konieczności zapobiegawczego wycinania wyrostka robaczkowego przy zabiegach ginekologicznych** (Münchn. med. Woch. 1912 Nr 46). Autor jest zwolennikiem usuwania wyrostka robaczkowego przy każdej operacyi ginekologicznej. Wejrzenie makroskopowe wyrostka nie daje miary stanów patologicznych, jakie w nim mogą się znaleźć, a lekarz jest powołany nietylko do leczenia chorób, lecz i do zapobiegania im, gdzie może to uczynić bez szkody dla chorego. W 91 przypadkach na 208 laparotomii, gdzie resekował wyrostek robaczkowy, nie miał H. żadnych powikłań, natomiast pozornie zdrowy wyrostek okazywał różne stany patologiczne, między innemi ogniska nabłonkowe, nowotworowe, nad których właściwą przyrodą dyskusya jeszcze nie jest zamknięta. Przeciwwskazaniem do wycięcia wyrostka jest późny wiek chorych, wszelkie wskazania do pośpiechu, nowotwory złośliwe, konieczność cięcia skomplikowanego. A. Markowa.

Bartram: **O zawartości drobnoustrojów w polu operacyjnem przy laparotomii i znaczeniu jej dla przebiegu pooperacyjnego** (Gyn. Rundschau 1912 Nr 17). Autor badał w 100 przypadkach laparotomii pole operacyjne co do zawartości drobnoustrojów, ażeby stwierdzić, o ile wynik badania bakteryologicznego może być zużytkowany dla rokowania co do przebiegu pooperacyjnego i jakie praktyczne zastosowanie takie rokowanie mieć może. W 46 przypadkach posługiwał się B. metodą Liepmana, ponieważ jednak nie jest ona bez zarzutu, przeto w innych 54 przypadkach stosował metodę własną. Materyał operacyjny obejmował przypadki raka, gruźlicy, zapalenia wyrostka robaczkowego, zapalenia części dodatkowych macicy, włókniaki i t. d. Badania wykazały, że o ile w polu operacyjnem znajdował się gronkowiec, to dla dalszego przebiegu było obojętnem, czy usadowił się on pierwotnie w tkance okołomacicznej, czy też dostał się tam z pochwy, i że naogół zarodki, pochodzące z powietrza, w stosunku do pochodzących z pochwy były prawie obojętne. Naj

większy odsetek zakażenia gronkowcem, pochodzącym z tkanki okołomacicznej. dawały operacye raka, następnie te, gdzie otwierano pochwę. W innych przypadkach znajdowano gronkowca w polu operacyjnem rzadko. Wynik badania bakteryologicznego pozwala na pewne wnioski co do rokowania, zarówno co do życia, jak i co do czasu trwania leczenia, a mianowicie rokowanie jest zupełnie dobre, gdy wszystkie hodowle są jałowe; jednakowoż obecność paciorkowca i innych zarazków (z wyjątkiem gronkowca) nie pogarsza rokowania w stopniu znaczniejszym. Przy obecności gronkowca rokowanie jest wprawdzie wątpliwe, lecz wynik sprawy nie da się na jego zasadzie przewidzieć. Te wskazówki, jakie daje badanie bakteryologiczne. otrzymujemy wtedy, gdy doświadczony klinicysta już i tak wie, w jakim kierunku rozwija się przypadek. Że zaś badanie to nie daje żadnych wskazówek leczniczych i że o losie operowanego stanowi bądź co bądź zabieg operacyjny, zatem bakteryologiczne badanie pola operacyjnego przy zabiegach ginekologicznych ma wartość bardzo ograniczoną. Czy badanie pierwotnej zmiany rakowej co do zawartości zarazków przed zabiegiem zmieni co w tym względzie, — wykażą dalsze spostrzeżenia.

A. Markowa.

Mayer: **O dających się anatomicznie stwierdzić różnicach w odporności jamy brzusznej na zakażenie.** (Münchn. med. Woch. Nr 46, 1912). Badając histologicznie otrzewnę w 80 przypadkach, nie mógł M. znaleźć żadnego typu, który dałby się wprowadzić w związek z wiekiem, stanem odżywienia chorych, z rodzajem schorzenia ginekologicznego i ewentualnym przebiegiem pooperacyjnego zapalenia otrzewnej. Sieć należy uważać zdaniem M. za narząd ochronny dla jamy brzusznej, ale ocena sprawności sieci w tym względzie nie może się opierać na badaniu histologicznem. A. Markowa.

Kehrer: **Chirurgia bezpłodności** (Münchn. med. Woch. 46, 1912). Autor, dając przegląd etyologii i leczenia bezpłodności, wymienia przeszczepianie jajników, względnie jąder przy anowulii i azoospermii, częściowe zresekowanie jajnika przy jego guzach, salpingotrezyę przy zamknięciu ujścia jajowodu, »canalisatio uteri« przy nieżytach macicy i t. d.; podaje przytem ocenę każdego z tych zabiegów. A. Markowa.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 20. XI. 1912 r.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych 60.

Na wstępie prezes poświęcił wspomnienie zmarłemu Dr Norbertowi Gertlerowi. Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

1) Dr Kostrzewski przedstawia dodatni **objaw Donath-Landsteinera** w surowicy krwi chorego na hemoglobinuryę napadową, pozostającego w leczeniu w klinice lekarskiej. Objaw Landsteinera dowodzi, że w hemoglobinuryi napadowej chodzi nie o zmienione własności krwinek czerwonych, ale o nieprawidłowe własności surowicy (osocza) krwi. Surowica takich chorych posiada własność rozpuszczania krwinek czerwonych ludzkich, i to osób zarówno dotkniętych powyższą chorobą, jakoteż nie cierpiących na nią. Własność surowicy polega na współdziałaniu dopełniacza i dwuchwytnika. Dlatego unieczynniona przez $^1/_2$ godziny przy 56^0 C surowica nie rozpuszcza krwinek. Krwinki uczulone unieczynnioną surowicą z przypadku hemoglobinuryi napadowej można uczynnić surowicą człowieka zdrowego, czyli dopełniaczem, znajdującym się w prawidłowej surowicy ludzkiej. W surowicy w przebiegu hemoglobinuryi napadowej nieprawidłową rzeczą jest dwuchwytnik na krwinki ludzkie, odznaczający się szczególnemi własnościami, a mianowicie temi, że łączy się z krwinkami dopiero w ciepłocie 0^0 C lub nieco powyżej 0^0. Dlatego, aby otrzymać zjawisko Landsteinera, należy surowicę + krwinki przed wstawieniem do cieplarki (37^0 C) przez $^1/_2$ godziny trzymać w wodzie lodowej; surowica (z przypadku hemoglobinuryi napadowej) + krwinki, wstawiona do cieplarki bez uprzedniego oziębienia, nie rozpuszcza krwinek.

Powyższe własności nie są wyłączną cechą surowicy krwi chorych na hemoglobinuryę napadową, bo niektóre surowice chorych na porażenie postępowe posiadają te same własności. Ponieważ zaś u chorych na porażenie postępowe, których surowica posiada własności te same, co chorych na hemoglobinuryę napadową, nie da się przez oziębienie ustroju wywołać napadu hemoglobinuryi, stąd wniosek, że powyższe własności surowicy nie tłomaczą wyczerpująco patogenezy hemoglobinuryi napadowej. Prócz własności surowicy krwi odgrywa rolę jeszcze inny czynnik, dzisiaj bliżej jeszcze nie znany, a jak powszechnie autorowie przyjmują, jest nim stopień sprawności układu naczynioruchowego. Jednakże podobne własności surowicy krwi chorych na hemoglobinuryę napadową i niektórych chorych na porażenie postępowe wskazują na jednolite tło jednego i drugiego schorzenia, t. zn. kiłę przebytą, a Landsteiner wspomina o dwu przypadkach hemoglobinuryi napadowej, z których w jednym potem wystąpiło porażenie postępowe, a w drugim wiąd rdzenia.

2) Prof. K. Majewski przedstawia **niezwykłą postać drżenia gałek ocznych.** Chory podaje, że w latach szkolnych zaczął doznawać zaburzenia wzroku, polegającego na chwilowych, bardzo krótkotrwałych zamgleniach. W chwilach takiego zamglenia zauważono u niego drżenie gałek ocznych. Objaw ten występuje u niego częściej i silniej pod wpływem zmęczenia wzroku czytaniem. I tak okresy pogorszenia przypadają na czas, kiedy przygotowuje się do egzaminów. Badanie wykazuje na obu oczach brak jakichkolwiek zmian zewnętrznych, środki łamiące obustronnie przeźroczyste, dno oczu prawidłowe. Ruchomość powiek i gałek ocznych zupełnie prawidłowa. Heteroforyi nie ma. Obie gałki oczne popadają w odstępach czasu, trwających od kilkunastu sekund do kilku minut, w skojarzone bardzo szybkie drżenie, trwające najwyżej $^1/_4$ sekundy, a złożone z kilku (5—8) bardzo szybkich poruszeń, odbywających się w płaszczyźnie poziomej, a więc dookoła osi pionowej. W chwili takiego złożonego drgnienia chory widzi wszystkie przedmioty poruszające się w kierunku poziomym tak szybko, że n. p. płomień lampy przedstawia mu się jako prawie jednolita wstęga pozioma. Przy wziernikowaniu w chwili drżenia oczów obraz dna oka zupełnie się zaciera.

W przypadku tym zasługuje na uwagę zupełnie wyjątkowy, przerywany typ drżenia i jego nadzwyczajna chyżość. Gdy zwyczajne drżenie oczu, czy to wrodzone, względnie w pierwszych latach życia z przyczyn optycznych powstające, czy nabyte, jak drżenie oczu u górników, albo drżenie oczu w przebiegu chorób nerwowych, — polega na ruchach wahadłowych, których ilość na minutę według Panasa rzadko dochodzi do 180, a według Niedena wyjątkowo przekracza 300 na minutę, to w przedstawionym przypadku szybkość drżenia jest tak wielka, że obliczona na minutę (5 x 4 x 60) wyniosłaby co najmniej 1200 wychyleń.

Przypadek przedstawiony wygląda na »tic convulsif« o niezwykłej siedzibie i będzie po przeprowadzeniu dodatkowych badań i po pewnym czasie obserwacyi ogłoszony drukiem.

3) Prof. Marchlewski: **Nowsze postępy chemii biologicznej.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi prof. E. Godlewski zwraca uwagę, że sprawy neowitalizmu, którą poruszył prof. Marchlewski, nie można wiązać wyłącznie z problemem syntezy ciał organicznych. W nowszej biologii cały szereg kwestyi podnie-

siony był przez badania z zakresu mechaniki rozwoju; rozwiązanie więc zagadnień, poruszonych przez prof. Marchlewskiego, nie obali bynajmniej sprawy neowitalizmu, rozstrzygnięcie tych problemów nastąpić musi na innem polu badań.

4) Dyskusya nad odczytem kol. Doc. Mazurkiewicza: **O asymetrycznych czynnościach kory mózgowej**.

Prof. Piltz: Na wstępie swojego wykładu kol. Mazurkiewicz podał klasyfikacyę chorób umysłowych, która wydaje mi się niesłuszną. W szczególności padaczki mojem zdaniem do czynnościowych chorób zaliczyć nie możemy. Już fakty, że padaczka samoistna występuje u dzieci alkoholików, że prowadzi do głębokiego zaniku władz umysłowych, że wreszcie epileptycy w stanie padaczkowym (status epilepticus) umierają, świadczą o tem, że podstawą padaczki muszą być zmiany organiczne w mózgu. Doświadczenie poucza nas, że przy sekcyi dotkniętych padaczką znajdujemy często już makroskopowe zmiany w postaci polioencephalitis, porencefalii, lub blizn pozapalnych mózgu. Przy padaczce samoistnej zaś istnieją zmiany w korze mózgowej. I tak w stanie padaczkowym opisano przekrwienia, naciek ścian naczyń krwionośnych i tkanki mózgowej leukocytami, wybroczyny i zmiany w samych komórkach nerwowych. Chaslin opisał w padaczce samoistnej proliferacyę i zgrubienie włókien gleju. Bleuler opisał rozrost gleju szczególniej w powierzchownych warstwach kory i nazwał ten proces »Randgliose«. Alzheimer jest zdania, że »Randgliose« jest objawem wtórnym, zjawiającym się wskutek zaniku kory mózgowej. Liczni badacze opisali przy padaczce samoistnej sklerotyczne zmiany w korze mózgowej w okolicy rogu Ammona. Nissl twierdzi, że te zmiany są tylko częścią ogólnego procesu, odbywającego się w całej korze mózgowej, tylko występującego w okolicy rogu Ammona wyraźniej, niż gdzieindziej. Nissl spostrzegał także w górnych warstwach kory mózgowej liczne i silnie rozwinięte komórki pająkowate, zmiany w komórkach nerwowych i w istocie międzykomórkowej. W każdym razie podstawą anatomiczną otępienia padaczkowego, tak często spotykanego w przebiegu padaczki samoistnej, jest ogólne ciężkie schorzenie kory mózgowej. O tem, ażeby wyżej przytoczone zmiany w mózgu mogły być skutkiem napadów drgawek, a nie ich przyczyną, nikt z przytoczonych autorów nawet nie myśli. Okresowość w występowaniu objawów chorobowych w padaczce samoistnej nie przeczy istnieniu stałych zmian w mózgu tak samo, jak ten fakt, że bóle głowy, wymioty, zawroty głowy przy nowotworze mózgu występują tylko okresowo, nie przemawia przeciwko istnieniu nowotworu w mózgu. To samo odnosi się naturalnie i do okresowo występujących objawów psychicznych. Z tych wszystkich powodów, mojem zdaniem, padaczkę swoistą należy uważać za chorobę organiczną kory mózgowej i do chorób czynnościowych, jak to czyni prelegent, zaliczać się jej nie powinno.

Prof. K. Majewski: Pozwolę sobie zwrócić uwagę kolegów na istnienie w zakresie narządu wzroku pewnej asymetryi czynnościowej, mającej niewątpliwie swe źródło w ośrodkach nerwowych i stanowiącej wymowną ilustracyę do sprawy asymetrycznych czynności półkul mózgowych, poruszonej przez kolegę Mazurkiewicza. O ile widzenie obuoczne służy do odczuwania bryłowatości ciał, perspektywy, a poniekąd także do oceniania odległości przedmiotów, o tyle, gdy chodzi o należyte ocenienie kierunku widzenia, bezsprzeczną wyższość nad widzeniem obuocznem ma patrzenie jednem okiem. Dlatego to strzelec, celując, zazwyczaj jedno oko przymyka. Przy prawidłowem patrzeniu dwoma oczyma istnieją dwa promienie kierunkowe. Stąd projekcya obustronnych wrażeń siatkówkowych byłaby niemożliwą, gdyby nie to, że nawet mając obydwa oczy otwarte, posługujemy się do projekcyi zazwyczaj jednem tylko okiem, i to najczęściej już stale jednem i temsamem. To oko, które obieramy sobie bezwiednie za punkt wyjścia przy patrzeniu obuocznem, nazywamy za Javalem okiem kierującem (oeil directeur). Takie uprzywilejowanie jednego oka można z łatwością wykazać zapomocą następującego prostego doświadczenia: Bierzemy długi ołówek do ręki, przyczem jest rzeczą obojętną, do prawej, czy do lewej, i patrząc obydwoma oczyma, ustawiamy go szybko jednym rzutem tak, aby zakrył jakąkolwiek linię pionową, n. p. krawędź muru, pionową ramę okna, i t. p. Gdy następnie zmrużymy naprzemian najpierw jedno, potem drugie oko, przekonamy się, żeśmy ołówek ustawili na linii kierunkowej jednego z nich, n. p. prawego oka, bo przymknąwszy lewe widzimy, że ołówek, trzymany nieruchomo, przykrywa dokładnie ową krawędź, przymknąwszy zaś prawe, spostrzegamy ołówek ustawiony znacznie na prawo w porównaniu z krawędzią, a to dlatego, że nie leży bynajmniej na linii widzenia otwartego w tej chwili oka lewego. Próby takie, wykonywane na wielkiej liczbie osób o prawidłowych oczach i równych tak pod względem bystrości wzroku, jak i refrakcyi, wykazują, że istotnie okiem kierującem bywa najczęściej oko prawe, o wiele zaś rzadziej oko lewe, ale zachodzą przypadki bądź takie, których projekcya jest chwiejną, to znaczy, gdzie do celowania bywa używane zupełnie przypadkowo raz jedno, raz drugie oko, bądź też nawet takie, gdzie badany ustawia ołówek na linii pośredniej, nie wychodzącej ani z jednego, ani z drugiego oka, lecz bądź to przebiegającej w płaszczyźnie środkowej, bądź też zbliżonej bardziej do prawego lub do lewego oka. Dodać jednak trzeba, że w tych ostatnich przypadkach projekcya jest znacznie mniej pewną, aniżeli wtedy, gdy kieruje nią stale jedno albo drugie oko. Jest rzeczą ciekawą, że w przypadkach, gdzie oczy są nierówne, niezawsze oko lepsze jest kierującem, lecz czasem właśnie oko, mniejszą bystrością wyposażone, spełnia tę czynność. Ogromna przewaga liczebna przypadków projekcyi z prawego oka nasuwa przypuszczenie, że zachodzi tu analogia z przewagą prawej ręki nad lewą. Z faktów tych wynika, że jeśli nie zawsze, to prawie zawsze, obok prawidłowego widzenia obuocznego istnieje osobny mechanizm nerwowy widzenia jednoocznego, poświęcony wyłącznie na usługi projekcyi wrażeń wzrokowych.

Następnie przemawiali prof. Kader i Dr Hirsch.

Doc. Mazurkiewicz w zupełności się zgadza z prof. Piltzem, że przytoczone przez niego przypadki padaczki objawowej należą istotnie do kategoryi organicznych chorób, których szereg mógłby być jeszcze przedłużonym. Ale M. wspomniał w swym odczycie o tych przypadkach padaczki swoistej, przy których dotąd żadnych zmian anatomicznych nie znaleziono. Badania Alzheimera i innych bezwątpienia zwęziły zakres padaczki czynnościowej, ale nie udowodniły jeszcze wcale, że padaczka czynnościowa wogóle nie istnieje. Przymiotnik »czynnościowy« oznacza tu tylko brak naszej wiedzy o zmianach anatomicznych i skoro ich w pewnej ilości przypadków istotnie jeszcze nie znajdujemy, to nie powinniśmy ich nazywać organicznymi. Co do pytania, postawionego przez prof. Kadera, to zdaniem M. zastępczo jedna półkula może działać za drugą, ale nie w każdej czynności jednakowo. O zastępstwie zniszczonych w jednej półkuli dróg lub pól rzutowych wogóle nie może być mowy. Zastępcza czynność drugiej półkuli w przypadkach niemoty ruchowej jest w każdym razie nieznaczną, a w niektórych razach napewno wcale nie istnieje, mianowicie w przypadkach trwałej i zupełnej niemoty ruchowej. Większa zdolność zastępcza zdaje się istnieć przy niemocie czuciowej, a największa w przypadkach niemoty ruchowej i czuciowej u dzieci, ponieważ ich półkule mózgowe nie zdołały się jeszcze przez ćwiczenie tak zróżniczkować, jak u dorosłych. Znane są przypadki całkowitego zniszczenia ośrodka Broca u dzieci, u których jednak z czasem następowała zupełna restytucya zdolności mówienia. Niemota zaś czuciowa występuje u dzieci prawie tylko przy dwustronnych ogniskach. Kol. Hirschowi odpowiada M., że istotnie u dzieci-mańkutów, kształconych na praworękich,

często spotykano jąkanie i późny rozwój mowy, zależący, być może, od współzawodnictwa obu półkul o przewagę, i możliwe jest, że w takich razach lepszem jest dalsze kształcenie raczej lewej ręki. Dotychczas jednak nic pewnego w tej sprawie wychowawczej powiedzieć nie można.

Sekretarka doroczna: A. Markowa.

†

Profesor Dr Antoni Kryszka.

Kiedyśmy przed kilku tygodniami święcili pięćdziesięciolecie Szkoły głównej warszawskiej i składali hołd weteranom jej grona profesorskiego, nikt nie przypuszczał, że tak rychło przyjdzie pożegnać najstarszego z nich, sędziwego profesora Kryszkę. Schodzi z nim do grobu »ostatni z uczniów Uniwersytetu Jagiellońskiego z czasów Rzeczypospolitej krakowskiej i ostatni z wychowańców Akademii medyko-chirurgicznej wileńskiej«, znika ostatni »żywy łącznik czasów naszych z dawnem pokoleniem, które jeszcze w stolicy Litwy wyższe studya odbywało, które na własne oczy widziało i na własne uszy słyszało profesorów wileńskich, z katedr nauczających« *).

Urodzony w r. 1818 w Radomiu, rozpoczął ś. p. Kryszka studya lekarskie w Krakowie, kontynuował je po dwuletniej przerwie w Wilnie, a ukończył ze stopniem lekarza I. klasy w r. 1843 w Dorpacie. W r. 1849 otrzymał od Rady lekarskiej Królestwa polskiego dyplom doktora medycyny i w tymże roku został mianowany lekarzem szpitala św. Rocha w Warszawie, gdzie też od r. 1852 aż do r. 1880 zajmował stanowisko lekarza naczelnego. W 40. roku życia powołany został na katedrę w Akademii medyko-chirurgicznej warszawskiej (w r. 1858). Przez rok wykładał fizyologię, a następnie terapię ogólną, materyę medyczną i recepturę. W Wydziale lekarskim Szkoły głównej objął katedrę farmakologii, którą zajmował następnie długie lata w Uniwersytecie warszawskim, dopóki — jak i innych profesorów Polaków — rusyfikacya uniwersytetu nie usunęła go ze stanowiska profesorskiego.

Działalność dydaktyczna prof. Kryszki pozostawiła wśród jego uczniów jaknajlepsze wspomnienie. Działalność piśmiennicza jego sięga jeszcze w pierwszą połowę zeszłego wieku. Należą tu rozprawy: »Wsiękanie« (Tygodnik lek. [warszawski] 1848 Nr 14), »Pośmiertne drgania u cholerycznych« (Tamże 1849 Nr 49), »Co jest choroba?« (Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1851), »Szczególny stan i położenie przewodów jajecznych« (Tamże 1852), »Uwagi nad zimnicami« (Tamże 1852), »Pęknięcie serca« (Tamże 1853), »O cholerze w r. 1852« (Warszawa 1853), »O leczeniu zapalenia płuc zapomocą puszczania krwi« (Tygodnik lek. 1858 Nr 9), »Statystyka zapaleń płuc w szpitalu św. Rocha w Warszawie« (Tamże 1863 Nr 39), »O kąpielach lekarskich« (Tamże 1866), »Klimat« (Tamże 1867), »O ciśnieniu atmosferycznem ze względu na leczenie wodami mineralnemi« (Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1865), »Słowo o leczeniu pierwotnej syfilidis« (Tamże 1870). Te obie ostatnie rozprawy ogłosił także po niemiecku (Wochenbl. der Gesellschaft der Ärzte in Wien 1865 i 1867). Jakość i — na owe czasy — pokaźna ilość tych rozpraw świadczy, jak ś. p. Kryszka pojmował swe obowiązki.

Ale jeszcze wymowniej dowodzą tego jego podręczniki, których napisał i wydał cały szereg. Są to: »Mechanika życia ludzkiego, czyli budowa ciała i sprawy żywotne« (Warszawa 1853, str. III. + 290), »Poszukiwania patologiczne czyli sposoby uskuteczniania ich przy łóżku chorego« (Warszawa 1854), »Chemiczne sprawy żywotne« (Warszawa 1858, str 322), »Rys fizyologii ludzkiej« Warszawa 1863, str. VIII + 477), »Receptura czyli nauka pisania recept« (Warszawa 1865, str. II + 194).

Jako kierownik szpitala św. Rocha zdawał sprawę z działalności tego szpitala w szeregu dorocznych publikacyi (Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1853—1856); ogłaszał także sprawozdania z czynności Towarzystwa lekarskiego warszawskiego (Tamże 1851—1853).

Ostatnie lata swego długiego a pracowitego żywota spędził w ciszy, nie zapomniany jednak przez swych wychowańców, dziś już także poważnych latami i zasługą dla społeczeństwa, a zachowujących profesora Kryszkę w żywej i wdzięcznej zawsze pamięci.

R.

*) Adam Wrzosek: W pięćdziesiątą rocznicę założenia Szkoły głównej warszawskiej Przegl. lek. 1912. Nr 47, str 674.

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

(20, 21, 22 i 23 grudnia 1912).

Wszystkie posiedzenia Zjazdu, nie wyjmując pierwszego posiedzenia inauguracyjnego, odbywać się będą w Klinice neurologiczno-psychiatrycznej (ul. Kopernika 46).

Zebranie towarzyskie wieczorem w przeddzień Zjazdu, 19. XII., odbędzie się w salach Grand-Hotelu.

Odroczenie XVIII Zjazdu chirurgów polskich.

Otrzymujemy następujące pismo:

Stosując się do życzenia z kilku stron wyrażonego, odraczam XVIII Zjazd chirurgów polskich do czasów spokojniejszych, bardziej pracy naukowej sprzyjających. Termin, dogodniejszy od obecnego, zostanie w swoim czasie ogłoszony.

L. Rydygier, prezes.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr Adam, Berlin-Buch (Deut. med. Wochenschrift), Dr Stan. Ostrowski, Petersburg, Wielka Podjaczeska 31 (Russkij Wracz), Dr Fr Veselý, Brno na Morawach (Časopis lek. českych), Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, Kraszewskiego 15 (Wiener med. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«) anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18. (Bulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX, Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. (fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński Kraków, Kopernika 40 (Centralblatt f. Chirurgie); Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47 a) (pisma niemieckie); Dr Okińczyc, Paryż (Journal de Chirurgie); z neurologii: Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Peszt, »Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde«); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Warszawa, Włodzimierska 9, (Monatschrift für Kinderheilkunde), Dr H. Rozenblatówna, Łódź, Szpital Anny-

Maryi (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Prof. Dr Lewkowicz i Dr Wł. Bujak, Kraków, szpital św. Ludwika, (Monatsschrift f. Kinderheilk.); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekologiczno-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Hugo Ehrlich, Przemyśl (Zentralbl. f. Gynaek. i Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka 51, (Archiv für Ohrenheilkunde i Monatsschrift für Ohrenheilkunde u. Laryngologie); z dermatologii: Prof. Dr Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahresbericht, Archiv f. Dermatol. u. Syphilis). Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (Monatshefte f. praktische Dermatologie), Dr J. Baschkopf, Kraków, Floryańska 25, (Dermatologische Zeitschrift, Dermatol. Centralblatt), Dr Turzański Jarosław (Mediz. Klinik); z urologii: Dr A. Karwowski, Poznań, św. Marcina 54 (Jahresber. f. Urologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftałmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin); z higieny szkolnej: Doc. Dr E. Piasecki, Lwów (Hygiène et médecine scolaires), wraz z Dr M. Biehlerową, Warszawa (Archives intern. d'hygiène scolaire).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 11. XII. b. r. posiedzenie, na którem prof. Gliński przedstawił okaz trojakiego w jednym przypadku nowotworu części rodnych niewieścich, Dr Z. Wachtel jun. przedstawił zastosowanie benzolu w białaczce, Dr Rosenhauch i Dr Zubrzycki przedstawili chorych, poczem odbył się wykład Dra Nowaczyńskiego.

— Od jesieni r. b. zorganizowały się w szpitalu św. Łazarza posiedzenia naukowe lekarzy szpitalnych. Posiedzenia te odbywają się raz na miesiąc, a składają się ze sprawozdania poglądowego i demonstracyi. Trzecie z rzędu posiedzenie odbyło się 13 b. m. Sprawozdania z tych posiedzeń pomieścimy wkrótce w „Przeglądzie lekarskim".

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiell. uchwalił urządzić kursa samarytańskie.

— Krakowski oddział Towarzystwa »Czerwonego krzyża« uchwalił podjąć kroki celem budowy własnego gmachu. Na wniosek prof. Dr Brauna postanowił Zarząd oddziału wejść w porozumienie z Towarzystwem »Samarytanin polski« co do urządzenia kursów samarytańskich.

— W Tarnowie urządził Dr Szatkowski kurs samarytański, na który zgłosiło się odrazu kilkudziesięciu uczestników.

— „Koło medyków wszechnicy lwowskiej" miało w r. 1911/12 4033 k. funduszów, 7359 kor. dochodu, a 6960 kor. wydatku. Z funduszów największym jest fundusz Domu medyków, wynoszący 4034 kor. Pośrednictwo w sprzedaży podręczników lekarskich dla członków miało 5897 k. dochodu i rozchodu. Biblioteka liczyła 1079 dzieł. Koło urządziło podobnie, jak w latach poprzednich, kursa samarytańskie publiczne. Na wiecach młodzieży poruszało potrzeby wszechnicy lwowskiej w zakresie zakładów lekarskich. Dalej podjęło się Koło z ramienia Towarzystwa studenckiego »Ogniwo« opracować program studyów na wydziałach lekarskich polskich. W łonie swojem urządzało Koło odczyty, repetytoryum anatomii, ogłosiło konkurs na pracę naukową; dalej udzielało swym członkom pożyczek i t. d.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Bolesław Siwiński, rodem z Warszawy i p. Józef Sołtysik ze Lwowa.

— Kalendarz lekarski krakowski na r. 1913 najlepiej zamawiać wprost u jego redaktora, Dr A. E. Klęska (Wolska 9). Ekspedycya następuje wtedy niezwłocznie.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. XII. do 7. XII. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (obcych 3 † —), krztuśca —, ospy wietrznej —, płonicy — † — (2 † —), odry 4 † — (1 † —), duru brzusznego 2 † — (— † —), czerwonki 1 † — (— † —), róży —, kuru —. Dr Janiszewski.

Warszawa. »Medycyna i Kronika lekarska« ogłosiła konkurs im. prof. E. Biernackiego na monografię z zakresu patologii ogólnej i medycyny wewnętrznej z nagrodą 200 rubli, a terminem do 1 stycznia 1914.

— Dr Antoni Gabszewicz, długoletni ordynator oddziału chirurgicznego szpitala św. Rocha, mianowany został lekarzem naczelnym tego szpitala.

— Zapis ś. p. Dr M. Kulikowskiego (25.000 rb.) przeznaczony jest na budowę drugiego skrzydła sanatoryum dla piersiowo chorych w Rudce.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 2. XII. do 9. XII. 1912 przypadków: ospy 2 † 1, płonicy —, duru wysypkowego —, róży 1.
Dr Trenkner.

Z różnych stron. Lekarze czescy uzyskają wkrótce dzieło, dające się porównać z naszym „Słownikiem lekarzy polskich" Kośmińskiego, mianowicie „Almanach českych lekarů". Almanach ten obejmie życiorysy i portrety 950 lekarzy czeskich, którzy pracowali piśmienniczo, począwszy od XIV w. aż do ostatniej doby. Wśród portretów będą wizerunki profesorów uniwersytetu warszawskiego i krakowskiego. Cena dzieła wynosić będzie 20 k., w przedpłacie 10 k.

— Jak słychać, nastąpić ma w obowiązkach wojskowych słuchaczy medycyny w Austryi niezadługo korzystna zmiana. Mianowicie słuchacze medycyny będą odbywać służbę wojskową w ten sposób, że pierwsze trzy miesiące odsługiwać mają w czasie feryi uniwersyteckich, resztę zaś po ukończeniu studyów. W ten sposób unikną przerwy studyów, powstającej dotychczas przez pierwsze półrocze służby (pod bronią), a z wielu względów nadzwyczaj niedogodnej.

Mianowani: asystentami Uniw. w Krakowie: p. Karol Hessek przy katedrze biologii, p. Stanisław Krawczyński przy katedrze higieny;

Prof. Schröder z Berlina dyrektorem kliniki neurol.-psychiatrycznej w Greifswaldzie.

Zmarli: dermatolog prof. Kopp w Monachium.

Sprostowanie. W Nrze 49. „Przeglądu lekarskiego" w artykule Dr Ostrowskiego, na str. 699 w szpalcie I, wiersz 6 od dołu zamiast „zaczerwienienie" czytaj „zczernienie", a na tejże stronie w szpalcie II, wiersz 7 od góry zamiast „czerwony" czytaj „czarny".

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 18. grudnia 1912 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Wybory Zarządu Towarzystwa na r. 1913.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgar. 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Krówczyński: Syfilidologia (10 kor.) 2 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15. Klinika lekarska.